

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional
Estudo exploratório de validação para crianças portuguesas dos
3 aos 65 meses de idade

Linda Elisabete Torres Candeias

Setembro 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Margarida Rangel Henriques (F.P.C.E.U.P.)

Resumo

Este trabalho visa a adaptação e estudo das qualidades psicométricas das oito versões do *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (Squires, Bricker, & Twombly, 2002a), para crianças portuguesas entre os 3 e os 65 meses. Nesse sentido, foi realizado um estudo da fidelidade e da validade com referência a um critério e de grupos conhecidos, bem como da validade de constructo e de conteúdo, para os questionários correspondentes às diversas faixas etárias. Após os procedimentos típicos de adaptação de um instrumento, as versões portuguesas dos questionários foram preenchidas por um total de 1140 pais de crianças residentes no distrito do Porto, contactados através de creches e sem a constituição de grupos clínicos. Ao nível da fidelidade, os resultados revelam uma consistência interna razoável para a escala total de todas as versões do ASQ:SE. Seguiu-se a análise das curvas ROC, de acordo com a proposta do estudo original, para determinação dos pontos de corte adaptados à população portuguesa, com base nos valores de semi-interquartil, de sensibilidade e especificidade, com vista a aumentar os verdadeiros positivos e a diminuir os falsos negativos. Através da comparação com a medida de critério, verificou-se que os ASQ:SE 30M, 36M e 48M são os que apresentam maior grau de acordo com a medida de critério. No que concerne à validade de grupos conhecidos, verificou-se que apenas os ASQ:SE 12M, 30M e 48M discriminaram satisfatoriamente as crianças em risco das restantes. Da análise em componentes principais, emergiram 9, 11 e 12 dimensões, para os ASQ:SE 24M, 48M e 60M, respectivamente. A maioria destas não são interpretáveis, não sendo possível encontrar justificação teórica para determinadas aglomerações de itens. Algumas destas dimensões apresentaram uma consistência interna extremamente baixa, pelo facto de os itens que as constituem apresentarem baixa correlação com a escala total. A análise de conteúdo por um especialista no desenvolvimento da criança permitiu verificar que não há concordância com aquilo que havia sido definido para os ASQ:SE originais, no que às dimensões medidas diz respeito. Os resultados permitiram verificar que o comportamento sócio-emocional é um constructo de grande complexidade e difícil de delimitar, facto que poderá justificar ausência de correspondência com as dimensões definidas para os ASQ:SE originais, a par das questões culturais. Estudos mais aprofundados são necessários, mas os ASQ:SE podem ser úteis, se incluído no processo de avaliação compreensiva, em contexto clínico.

Abstract

The aim of this study was the Portuguese adaptation and psychometric study of the eight versions of the *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (Squires, Bricker, & Twombly, 2002a), for children between three and sixty-five months of age. Therefore, we studied reliability as well as criterion, known groups, construct and content validities, for each version of the questionnaire. After the typical procedures for scale adaptation, the portuguese versions were applied to 1140 parents, from Porto, reached through by their children's kindergarten. This sample did not include a clinical group. In what reliability is concerned, results show a reasonable internal consistency for the total scale, for all versions of ASQ:SE. The ROC curve analysis followed this procedure, following instructions from the original study, to attain the best cut-off points for the portuguese population, based on semi-interquartile, sensitivity and specificity values, attempting to maximize true positives and minimize false negatives. Comparison with a criterion measure showed a good agreement for ASQ:SE 30M, 36M and 48M. ASQ:SE 12M, 30M and 48M are the only ones that differentiated children at risk from the remaining ones. An exploratory factor analysis produced 9, 11 and 12 dimensions, for ASQ:SE 24M, 48M and 60M, in that order. Most of them are not interpretable and it is not possible to find a reasonable explanation for some item combinations. Some dimensions showed an extremely low internal consistency, due to low item-total scale correlations. An expert on child development conducted a content analysis, which allowed us to conclude that the found dimensions don't match the ones originally defined by the authors. These results lead to the conclusion that social-emotional behaviour is a complex construct, which can justify the absence of correspondence between the original ASQ:SE dimensions. This absence can also be due to cultural differences. More studies are needed, but ASQ:SE can be a very useful tool, when used as complementary instrument in a comprehensive clinical assessment.

Résumé

Ce travail vise l'adaptation et les études des propriétés psychométriques des huit versions de l'*Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (Squires, Bricker, & Twombly, 2002a), pour des enfants de la population portugaise, compris entre 3 à 65 mois. Pour cela, une étude de fidélité a été réalisée, bien comme de validité avec référence à un critère, des groupes connus, externe du construit et de contenu, pour la version de chaque groupe d'âge. Après les procédures typiques d'adaptation d'un instrument, les versions portugaises du questionnaire ont été remplies au total par 1140 parents d'enfants qui habitent la région de Porto, contacté par le biais de pépinière de leurs enfants. Cet échantillon ne comprend pas les groupes cliniques. Au niveau fidélité, les résultats révèlent une consistance interne raisonnable au niveau total de toutes les versions du ASQ:SE. Après ceci a suivi l'analyse des courbes ROC, suivant les instructions dans l'étude originale pour déterminer les points de coupures adaptés à la population portugaise, basé sur l'intervalle semi-interquartile, de sensibilité et spécificité, visant augmenter les vrais positifs et les faux négatifs. À travers la comparaison entre la mesure de critère, on vérifie que les ASQ:SE 30, 36 et 48 mois sont celles qui présentent un plus haut degrés d'accord avec les mesures de critères. En ce qui concerne la validité des groupes connus, on vérifie que seulement les ASQ:SE 12, 30 et 48 mois discriminent de façon satisfaisante les enfants en risque des restantes. De l'analyse des composants principaux ont émergé 9, 11 et 12 dimensions, pour les ASQ:SE 24, 48 et 60 mois, respectivement. La plupart de ces dimensions ne sont pas interprétable, n'étant pas possible de trouver une justification théorique pour certaines agglomérations d'items. Certaines de ces mesures présentent une consistance interne extrêmement basses, du fait que les items qui les constituent présentent une basse corrélation avec l'échelle totale. L'analyse par un spécialiste du développement des enfants a permis de vérifier qu'il n'existe pas d'accord avec ce qui a été défini par les ASQ:SE originaux, dans les dimensions des mesures auxquelles ils respectent. Les résultats permettent de vérifier que le comportement socio-émotionnel est un domaine de grande complexité et difficile à délimiter, ces faits peuvent justifier l'absence de correspondance entre les dimensions définies par les ASQ:SE originaux, à part des questions culturelles. Des études plus approfondies sont nécessaires, mais l'ASQ:SE peut être utile si inclus dans le processus d'évaluation globale, en évaluation clinique.

Agradecimentos

Este trabalho não existiria sem a ajuda de um grande número de pessoas, a quem desejo expressar a minha gratidão e reconhecimento.

À Prof. Dr^a. Margarida Henriques, pela orientação, pelo desafio constante e, principalmente, pela confiança depositada no meu trabalho,

Aos Mestres que me acompanharam neste percurso, especialmente à Prof. Dr^a. Sílvia Pina Neves, à Prof. Dr^a. Adelina Barbosa Ducharne e à Prof. Dr^a. Orlanda Cruz,

Às crianças, pais, instituições e profissionais, por darem um pouco de si para conhecermos um pouco mais do mundo,

À Joana Baptista, à Alexandra Carneiro, à Carla Magalhães, à Mariana Negrão, à Mariana Pereira, à Sónia Santos, ao Prof. Dr. Pedro Dias e à Prof. Dr^a. Isabel Soares pela colaboração na tradução e na recolha de dados,

Ao Prof. Dr. José Maia, pelo apoio estatístico, metodológico e filosófico, bem como à Anne-Lise, pelo apoio linguístico,

Ao Paulo e à Emília, Amigos, qualquer agradecimento será sempre insuficiente, bem como ao Victor, pelas tertúlias culturais e estatísticas,

Aos meus Amigos. À Daniela M., pela caminhada para a utopia e mais além; à Rosa, pelos laços; à Daniela C., pelo apoio; ao Vítor, pelos *insights* estatísticos; e ao Ivo, em especial, por nunca falhar a ocupação do seu lugar cativo, como um pilar da minha vivência. A todos os outros, pela amizade e presença,

À minha família. À Gilberta, ao João e à Graça. À Catarina, desde sempre e para sempre uma das minhas bases seguras, por mais do que algum dia poderia escrever. Ao meu Pai, pela sede de conhecimento. À minha Mãe, sempre, pelo exemplo permanente de força, coragem e determinação, na eterna busca da realização pessoal, profissional e existencial. Obrigada.

Porto, Setembro de 2010
Linda Torres Candeias

Abreviaturas

AFE	Análise Factorial Exploratória
ASQ	<i>Ages & Stages Questionnaires</i>
ASQ:SE	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional</i>
ASQ:SE 6M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 6 Meses</i>
ASQ:SE 12M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 12 Meses</i>
ASQ:SE 18M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 18 Meses</i>
ASQ:SE 24M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 24 Meses</i>
ASQ:SE 30M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 30 Meses</i>
ASQ:SE 36M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 36 Meses</i>
ASQ:SE 48M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 48 Meses</i>
ASQ:SE 60M	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional 60 Meses</i>
BITSEA	<i>Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
ESP	<i>Early Screening Project</i>
PBKS	<i>Preschool and Kindergarten Behavior Scales</i>
SEEC	<i>Vineland Social-Emotional Early Childhood Scale</i>
SPSS	<i>Statistic Package for Social Sciences</i>
SSRS	<i>Social Skills Rating System</i>
ROC	<i>Receiver Operating Characteristics</i>
TABS	<i>TABS Screener for the Temperament and Atypical Behavior Scale: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction</i>

Índice

Introdução	2
I. Enquadramento teórico e empírico da avaliação do comportamento sócio-emocional até aos seis anos de idade	4
1.1. O Comportamento sócio-emocional: Um conceito multidimensional	4
1.1.1. O temperamento	4
1.1.2. A vinculação	6
1.1.3. As emoções	8
1.1.4. O desenvolvimento social	13
1.1.5. Síntese integrativa	15
1.2. A avaliação do comportamento sócio-emocional	16
1.3. Os <i>Ages & Stages Questionnaires</i>	21
II. Estudo empírico: Estudo exploratório de validação dos <i>Ages & Stages Questionnaires</i> : <i>Social-emotional</i>	26
2.1. Método	26
2.1.1. Participantes	26
2.1.2. Instrumento	27
2.1.3. Procedimento	28
2.2. Apresentação dos resultados	29
2.2.1. Análise descritiva dos dados	29
2.2.2. Análise das qualidades psicométricas	30
2.3. Discussão dos resultados	43
III. Conclusões finais	51
Referências bibliográficas	55
Anexos	
Anexo A - Dimensões, conteúdo e itens para as versões do ASQ:SE	
Anexo B - Quadros da análise item a item	
Anexo C - Modelo da tabela de contingência para comparação dos ASQ:SE e CBCL 1 ^{1/2} -5 e fórmulas de cálculo	
Anexo D - Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 24M	
Anexo E - Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 48M	
Anexo F - Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 60M	
Anexo G - Comparação das distribuição dos itens por dimensões (Especialista x Original)	
Anexo H - Comparação entre os resultados das amostras portuguesa, norte-americana e malaia	

INTRODUÇÃO

Se há uma área em que o ser humano deve ser considerado de forma holística, é a área sócio-emocional. É fácil perceber porquê: o desenvolvimento deste domínio envolve muitos outros, facto que o transforma numa das mais complexas áreas do comportamento humano. Através do relacionamento com os cuidadores, as emoções vão emergindo, ao mesmo tempo que permitem a evolução do comportamento social. Da estabilidade e das rotinas estabelecidas pelo cuidador, surge o auto-controlo dos estados de activação, permitindo o controlo posterior da regulação da tensão com ajuda do cuidador e culminando na primeira relação emocional significativa (Schaffer, 2004). Assim, o conceito de comportamento sócio-emocional reveste-se de ainda mais importância quando verificamos que todo o nosso crescimento tem por base o contexto relacional. Aliás, como afirmam Raver e Zigler (1997, p. 364): “*children cannot thrive in isolation*”.

Saber estabelecer relações e mantê-las será, portanto, essencial à sobrevivência do indivíduo e à continuidade da espécie. Por essa razão, o seu estudo é de extrema importância, não só para a compreensão do funcionamento humano, como ainda para a identificação de padrões normais, para avaliação e despiste de comportamentos atípicos e para o tratamento e/ou prevenção de quadros psicopatológicos que daí derivem. Este tipo de trabalho é especialmente urgente, se considerarmos que, segundo dados de 2004, entre 10% a 25% de crianças pequenas nos Estados Unidos da América apresentam perturbações sócio-emocionais ligeiras a severas (Bricker, Davis, & Squires, 2004). A esmagadora maioria das crianças que apresenta problemas comportamentais em idade pré-escolar, continuará a apresentá-los em idades mais tardias (Campbell, 1991).

Assim, como forma de contribuir para a investigação realizada no âmbito do comportamento sócio-emocional e para o desenvolvimento de instrumentos que permitam a sua avaliação, deu-se início ao presente trabalho, com o objectivo de adaptar e validar os *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (ASQ:SE; Squires, Bricker, & Twombly, 2002a). Encontra-se justificação para tal no papel relevante que as competências sociais e emocionais assumem na saúde psicossocial futura da criança (Thompson, Easterbrooks, & Padilla-Walker, 2003); na importância do despiste precoce dos distúrbios do comportamento sócio-emocional; na utilidade que o ASQ:SE assumiu no seio da população norte-americana; e na notória inexistência de instrumentos de despiste de perturbações de carácter sócio-emocional, em bebés e crianças portuguesas até aos cinco anos.

No primeiro capítulo, será realizado um **Enquadramento teórico e empírico da avaliação do comportamento sócio-emocional em crianças até aos seis anos**. Neste, serão abordadas algumas das dimensões que mais influenciam o comportamento sócio-emocional, nomeadamente o temperamento, a vinculação, as emoções e o desenvolvimento social. Segue-se uma breve abordagem à avaliação do desenvolvimento, com especial referência à psicopatologia do desenvolvimento e aos principais factores de risco para perturbações de carácter sócio-emocional. Para finalizar o capítulo, serão descritos os instrumentos analisados neste trabalho, bem como as investigações em que foram estudados e utilizados os ASQ:SE.

Esta breve introdução constitui a base do segundo capítulo, que diz respeito a um **Estudo exploratório de validação dos Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional**, para as oito faixas etárias a que correspondem. Numa primeira parte, será descrito o método, com referência aos participantes, adaptação de instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua posterior discussão.

Por fim, serão apresentadas as **Conclusões finais**, com ênfase no estudo desenvolvido e tecendo algumas considerações decorrentes do trabalho de revisão da literatura e do estudo empírico, efectuado com os ASQ:SE.

**I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO DA AVALIAÇÃO
DO COMPORTAMENTO SÓCIO-EMOCIONAL ATÉ AOS 6 ANOS DE IDADE**

1.1. O Comportamento sócio-emocional: Um conceito multidimensional

Definir e delimitar o conceito de comportamento sócio-emocional não é uma tarefa fácil, dada a sua complexidade. Trata-se de um domínio cujo desenvolvimento das suas várias componentes é tão intrincado, que será impossível entendê-las isoladamente. Tal deve-se ao facto de se tratar de um “produto de múltiplos níveis de complexidade determinística a operar ao mesmo tempo” (Rubin, 1998, p. 611), que se influenciam mutuamente e que se inserem numa cultura específica.

Ao nascer, o lactente é, ainda, frágil e incapaz de garantir a sua própria sobrevivência, necessitando dos cuidados permanentes dos indivíduos mais capazes. A manutenção da proximidade com o outro permite a protecção do bebé. Neste sentido, é o contexto relacional que permite que o desenvolvimento do recém-nascido se processe de forma adequada. Tal acontece numa vertente transaccional, em que bebé é um sujeito activo, capaz iniciar comportamentos, ao invés de estar apenas à mercê de estímulos externos (Schaffer, 2004), conseguindo comunicar desde cedo, aprendendo precocemente a utilizar estratégias não verbais para atrair e direccionar a atenção do adulto e transmitir emoções, entre outros, com vista à aproximação social (Sheridan, 2008). É, portanto, no seio da relação com os cuidadores que as funções psicológicas se desenvolvem, de forma relativamente independente da programação genética, uma vez que uma predisposição não se torna efectiva sem o suporte, a manutenção e a estimulação dos cuidadores (Schaffer, 2004).

Face à complexidade dos processos inerentes ao relacionamento com os outros, podemos considerar que o comportamento sócio-emocional é multifacetado. Neste sentido, fará sentido expôr brevemente alguns constructos que influenciam este tipo de comportamento através de uma relação dialéctica. Serão explorados o temperamento, a vinculação e, ainda, as emoções e o desenvolvimento social, dimensões sempre abrangidas em qualquer discussão acerca do comportamento sócio-emocional.

1.1.1. O temperamento

Se o desenvolvimento social e emocional se desenrola com base nas primeiras relações que se estabelecem com os outros e considerando que estas se processam de forma transaccional, será importante analisar como se processa a influência das características da criança, particularmente do seu temperamento. O estudo do temperamento reveste-se de grande importância, dada a sua relação com o

desenvolvimento social, cognitivo e da personalidade, mais especificamente com as emoções, actividade motora e atenção (Rothbart, 2004a). De facto, desde cedo que a criança começa a influenciar a interacção com o outro, através do seu temperamento (Landy, 2009). Em conjunto com os mecanismos neurobiológicos, este condiciona a regulação de emoções, a individualidade do sujeito e os seus padrões de relacionamento, no sentido em que evoca reacções nos outros e modela a preferência por certos parceiros, actividades e/ou contextos (Thompson *et al.*, 2003).

Uma das definições mais adoptadas considera o temperamento como um conjunto das diferenças individuais, de base constitucional, ao nível da reactividade e da auto-regulação, nos domínios emocional, motor e da atenção (Rothbart & Bates, 1998; Rothbart, 2007). Decompondo esta afirmação, a reactividade diz respeito às características do indivíduo, ao nível da excitabilidade, responsividade e activação de sistemas fisiológicos e comportamentais face a mudanças na estimulação, medidos através de parâmetros de latência, intensidade e recuperação (Rothbart, 2004b; Rothbart & Hwang, 2005). Esta reactividade é modulada pela auto-regulação, nomeadamente pelos processos de aproximação, evitamento, inibição e atenção (Rothbart, 2004b). Como sugere a expressão “base constitucional”, o temperamento refere-se à estrutura biológica e relativamente consistente do organismo (Rothbart & Derryberry, 1981). Assim, cada indivíduo apresentará uma tendência para determinadas respostas emocionais e qualidades auto-reguladoras, traduzindo-se isto na sua individualidade temperamental (Goldsmith *et al.*, 1987; Rothbart & Bates, 1998). Esta tendência não é expressa de forma contínua, emergindo apenas na presença de condições específicas (Rothbart & Bates, 1998). O temperamento engloba um conjunto de traços: nível de actividade, ritmo/regularidade, afastamento/aproximação, adaptabilidade, sensibilidade/limiar de resposta, intensidade de reacção, humor, distractibilidade e persistência/atenção (Landy, 2009).

Embora estejamos perante características relativamente estáveis, estas podem sofrer a influência de mudanças de cariz desenvolvimental (Rothbart & Hwang, 2005), bem como de factores genéticos, maturacionais e experienciais (Rothbart & Derryberry, 1981). Assim, a criança não nasce com as suas características temperamentais completamente desenvolvidas, sendo que se desenvolvem ao longo do tempo (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000). Neste sentido, o temperamento constitui o período inicial de formação da personalidade, já que é a interacção entre o temperamento e a experiência que vai levar “ao desenvolvimento de cognições acerca do *self*, dos outros e do mundo físico e social, bem como dos valores, atitudes e estratégias de *coping*” (Rothbart, 2007).

No pioneiro *New York Longitudinal Study* (NYLS), Thomas e colaboradores (1963, *In* Rothbart, 2004a), verificaram a existência de três categorias, que permitiriam classificar as crianças de acordo com o seu temperamento: fácil, difícil e de activação lenta. O grau de dificuldade é definido de acordo com um conjunto de qualidades, que são o humor negativo, o comportamento emocional negativo, frequente e intenso, a fraca adaptabilidade e a exigência (Thompson *et al.*, 2003). O temperamento difícil, especificamente, pode ter uma influência negativa na relação com os outros e está ligado a menos atenção parental, menos estimulação e níveis mais altos de punição (Rothbart & Hwang, 2005).

A investigação tem mostrado que existe uma associação entre padrões de temperamento e padrões de ajustamento desenvolvimental futuro (Rothbart & Bates, 1998). Por exemplo, considerando um constructo do temperamento, o controlo por esforço, este parece ter um papel importante na socialização, bem como a capacidade de manter a atenção, para que a criança possa regular a sua reactividade emocional e o seu comportamento (Rothbart & Hwang, 2005), nomeadamente no que diz respeito à inibição de respostas. Esta capacidade é de extrema importância para a integração social do indivíduo, uma vez que lhe permite pensar nos efeitos das suas acções sobre os outros e facilita o comportamento pró-social (Rothbart *et al.*, 2000).

O temperamento interage com o ambiente e influencia e é influenciado pelas relações sociais. Consequentemente, o desenvolvimento sócio-emocional da criança pode ser afectado pelo grau de acordo entre o seu perfil temperamental e as exigências do contexto (*Goodness of Fit*; Chess & Thomas, 1977, *In* Landy, 2009). Tendo estes factos em conta, centre-se a atenção na primeira relação significativa que a criança estabelece.

1.1.2. A vinculação

A relação de vinculação pode ser definida como a construção de um laço emocional de longa duração com um indivíduo específico, que oferece conforto e segurança (Schaffer, 2004). Segundo Bowlby (1982), trata-se de um mecanismo adaptativo, com a função biológica de protecção dos predadores e com o objectivo de manter a proximidade do cuidador primário. É uma relação de carácter específico, diferente das relações com pares, por exemplo, no sentido em que a criança procurará a figura de vinculação quando necessita de conforto, enquanto um par só será procurado quando a criança se encontra relativamente bem (Bretherton, 1985).

A sua importância reside no seu papel na estabilização e organização dos comportamentos sociais e emocionais do indivíduo (Sheridan, 2008), uma vez que constitui um factor contributivo para a auto-regulação, em situações que elicitam ansiedade (Thompson, 2006). Para além disso, a existência de uma relação segura permite que a criança forme um modelo de funcionamento estável do próprio *self* e dos outros (Bretherton, 1985), servindo de protótipo a todas as outras relações futuras e exercendo a sua influência, mesmo na idade adulta (Schaffer, 2004). Esta relação não tem início logo que a criança nasce, uma vez que se trata de uma competência demasiado complexa. De facto, desde que nasce, a criança é capaz de chamar a atenção do adulto, mas a verdadeira relação de vinculação com um cuidador só surge no final do primeiro ano de vida. Comportamentos como o choro, a capacidade para atentar selectivamente numa face ou voz, entre outros, constituem, não um vínculo, mas os alicerces para este (Bowlby, 2005). A relação de vinculação será influenciada, parcialmente, pelos comportamentos de vinculação da criança, que, por sua vez, dependem do contexto, da pessoa em interacção e das próprias competências desenvolvimentais e comportamentos específicos da criança, tais como o comportamento exploratório, a consciência da existência de estranhos, o comportamento social, medo ou ansiedade e o temperamento. Estes vão tornar-se progressivamente mais diferenciados ao longo do desenvolvimento, variando consoante a intensidade da situação em que são activados (Sheridan, 2008).

Ainsworth e colaboradores (1978) definiram três padrões de vinculação, com base no *Paradigma da Situação Estranha*. Numa descrição breve, as crianças seguras (padrão B), manifestam-no através da utilização do cuidador como base segura para a exploração e/ou manutenção do contacto físico e da interacção com este, nos episódios de reunião. Estas crianças concebem o cuidador como acessível e sensível, bem como uma fonte segura de conforto e responsividade aos seus sinais (Sroufe 1979). Apesar disso, é importante referir que uma criança com vinculação segura poderá demonstrar comportamentos típicos de crianças inseguras, noutros contextos (Sroufe, 1979). Por sua vez, as crianças com padrão inseguro/ansioso ambivalente/resistente (padrão C) apresentam dificuldades ao nível da exploração. Há uma ambivalência entre a procura de contacto e a resistência ao mesmo, sendo que não retomam a exploração após a reunião (Sroufe, Carlson, & Shulman, 1993). Por fim, as crianças com padrão inseguro/ansioso evitante (padrão A), apresentam comportamentos de evitamento da mãe, ignorando a sua presença ou afastando-se fisicamente nos períodos de reunião (Ainsworth *et al.*, 1978). Não demonstram angústia durante a separação, na *Situação Estranha*, e ignoram a mãe aquando da

reunião (Sroufe *et al.*, 1993). Posteriormente, foi identificado um quarto grupo: desorganizado/desorientado (padrão D), num trabalho desenvolvido por Main e Solomon (1986, *In* Main & Solomon, 1990). Estas crianças apresentam reacções atípicas, tais como demonstração simultânea de padrões comportamentais contraditórios, movimentos e expressões incompletas e não direccionadas (e.g., estereotípias), confusão e apreensão, entre outras (Main & Solomon, 1990). Note-se que os padrões referidos podem sofrer alterações consoante as circunstâncias, pelo que não se trata de uma classificação estanque. A investigação tem demonstrado que estes padrões estão relacionados com vários constructos, nomeadamente a competência social, curiosidade, auto-estima, capacidade para lidar com a novidade e o fracasso, entusiasmo, persistência, independência e menor frequência de problemas de comportamento (Sroufe, 1985). Uma investigação realizada por Matas e colaboradores (1978) permitiu verificar que a qualidade da vinculação é um factor preditivo do funcionamento autónomo posterior: a criança que desenvolve competências de mestria, a capacidade para o envolvimento afectivo e a confiança suficiente na relação com o cuidador, será mais capaz de enfrentar os desafios que surgirem no meio, de forma mais persistente e eficaz, apresentando maior confiança e competência no contacto com pares (Sroufe, 1978, *In* Sroufe, 1979).

A qualidade da vinculação depende de diversos factores inerentes à criança (e.g., o temperamento), ao cuidador e ao contexto sócio-cultural. Um destes factores é a sensibilidade materna, i.e., a capacidade para a mãe responder às necessidades da criança de forma sensível, interessada e carinhosa (Schaffer, 2004). Porém, há outros factores que entram na equação, tais como a natureza dos acontecimentos de vida, a qualidade do suporte social, os recursos pessoais do cuidador, experiências de abuso e/ou negligência, história de vida materna e saúde da criança (Sroufe, 1985). Trata-se, portanto, de uma relação específica, com impacto no desenvolvimento emocional. É sobre este que o presente trabalho se irá debruçar, seguidamente.

1.1.3. As emoções

As emoções são essenciais à sobrevivência. Esta ideia é relativamente recente, já que o estudo das emoções encontrou uma série de obstáculos, relacionados com a sobrevalorização do domínio cognitivo e da racionalidade inerente ao ser humano. As emoções eram consideradas operações mentais que desorganizavam o indivíduo e que interferiam com as operações cognitivas (Schaffer, 2004). A ideia de que a razão deveria ser superior às emoções prevaleceu durante

alguns anos, embora alguns teóricos tenham salientado a importância destas últimas (e.g., Darwin, Freud, William James). Com o passar do tempo, a visão dualista razão-emoção demonstrou-se reducionista, já que o desenvolvimento emocional é indissociável de outras áreas desenvolvimentais. As emoções podem ser classificadas como as mais complexas de entre todos os processos mentais (Edelman, 1992, *In* Sroufe, 1995). Com o objectivo de enaltecer o papel das emoções no funcionamento humano, Damásio (2006) postulou que as emoções e sentimentos são indispensáveis ao raciocínio e constituem alicerces para o mesmo, ao invés de o perturbar. Chega mesmo a afirmar que estes processos permitem, de certa forma, prever o futuro e planear as acções em conformidade, servindo de guias internos e assumindo uma natureza tão cognitiva como a de outros processos (Damásio, 2006).

Numa tentativa de definir o conceito de emoção, Sroufe (1995) analisou as diversas considerações de outros autores. Este verificou que a maioria dos teóricos aborda as emoções enquanto transacções complexas com o meio, com influência de processos cognitivos e associadas a mudanças fisiológicas, faciais e comportamentais. Com base nisso, o autor define emoção como “uma reacção subjectiva a um acontecimento relevante, caracterizada por mudanças fisiológicas, experienciais e comportamentais” (p. 15). Assim, o episódio emocional vai ser constituído por um acontecimento elicitor, específico de cada emoção, por componentes fisiológicas e experienciais, bem como por mudanças comportamentais visíveis (e.g., expressões faciais) (Schaffer, 2004).

Embora pareça existir algum tipo de programação genética que oferece uma base para as emoções, um bebé não nasce com todo o repertório que pode ser encontrado na idade adulta. A este respeito, Damásio (2006) divide as emoções em dois tipos: primárias e secundárias. As emoções primárias dizem respeito às emoções inatas, i.e., respostas pré-organizadas que o indivíduo tende a dar, quando percepção determinados estímulos isolados ou combinados (e.g., tamanho, movimento, sons, ...). Estes estímulos são detectados e processados pelo sistema límbico (amígdala), que, por sua vez, vai activar um estado corporal e alterar o processamento cognitivo, para que seja coerente com a emoção sentida (e.g., medo). Segue-se a tomada de consciência da emoção, que permite a associação entre o estímulo e o estado corporal. A partir do momento em que o indivíduo se torna capaz de experienciar sentimentos e de estabelecer ligações sistemáticas entre objectos/situações e as emoções primárias, surgem as emoções secundárias. Estas assumem uma complexidade muito superior à das emoções primárias. No confronto com uma situação, são criadas imagens mentais dos seus aspectos principais, i.e., é

feita uma avaliação cognitiva da mesma. Nesta altura, o córtex pré-frontal responde de forma automática a este processamento, com base nas experiências anteriores do indivíduo e na resposta emocional às mesmas. Esta resposta é comunicada à amígdala e à região cingulada anterior, que respondem através do envio de sinais para os músculos (expressão facial e postura corporal) e da activação do sistema nervoso autónomo (efeitos viscerais), do sistema endócrino (alteração do estado corporal) e dos neurotransmissores que enviam sinais químicos ao telencéfalo, com impacto no estilo e eficácia dos processos cognitivos.

As emoções têm um papel funcional no desenvolvimento. Por um lado, permitem a transmissão de necessidades, intenções e desejos, por parte do indivíduo (Sroufe, 1995). Por outro, permitem que o sujeito lide eficazmente com situações potencialmente perigosas para a sua integridade (Damásio, 2001). Permitem, ainda, comunicar os estados aos outros e promover a competência exploratória do indivíduo, bem como as respostas adequadas em situações de emergência (Sroufe, 1995). Também têm como função direccionar a acção para a aproximação ou afastamento de aspectos ambientais e informar a criança acerca dos estados internos e das consequências das suas acções (Sroufe, 1995).

Uma vez que as emoções também têm o papel de comunicar o significado aos outros (Damásio, 2006), a sua aprendizagem desenrola-se no contexto das relações. Na interacção, surge a oportunidade de a criança observar, por um lado, a forma como os modelos lidam com os seus próprios sentimentos e emoções e, por outro, a forma como o seu próprio comportamento emocional os afecta (Schaffer, 2004). A sua expressão surge nos primeiros dois anos de vida, sendo que a criança comunica ao adulto os seus estados internos, originando uma resposta correspondente, o que implica uma capacidade precoce para ler e responder de forma apropriada às emoções de terceiros (Fox & Stifter, 2005).

De acordo com Sroufe (1995), o recém-nascido não parece apresentar sinais de emocionalidade. Das suas reacções difusas a estados de activação, desprovidas de significado, emergem os percursos ou protótipos das emoções (reacções de prazer, cautela e frustração), a partir dos quais surgem a alegria, o medo e a raiva (Sroufe, 1995). No entanto, diversos investigadores concordam que há seis emoções básicas, sendo que algumas podem ser mesmo identificadas em recém-nascidos: raiva, medo, nojo, tristeza, alegria e surpresa (Schaffer, 2004). Com o passar do tempo, vão surgindo novas emoções, fruto da maturação, da socialização e do desenvolvimento cognitivo. Um exemplo disto é a emergência de emoções auto-

conscientes, tais como o embaraço, a vergonha, a culpa e o orgulho, ao segundo e terceiro anos de vida (Schaffer, 2004). Estas surgem quando a criança começa a desenvolver um sentido do *self*, tornando-se capaz de monitorizar e controlar o seu próprio comportamento, no sentido de inibir as suas respostas e de direccionar a sua atenção (Schaffer, 2004; Fox & Stifter, 2005). Também se desenvolvem a partir da avaliação parental do comportamento da criança, bem como da internalização e retenção destas avaliações (Witherington, Campos, & Hertenstein, 2001, *In* Hertenstein & Campos, 2004). Estas emoções são elicitadas pela ameaça ao *self*, pela comparação do *self* a critérios externos ou pela avaliação negativa deste (Fox & Stifter, 2005). Nesta altura, surgem também a empatia (estado emocional congruente com a emoção do outro) e a simpatia (tentativa de ajudar um indivíduo com dificuldades), o que implica a capacidade para reconhecer a expressão emocional dos outros. A este nível, sabe-se que, no primeiro ano de vida, o bebé vai desenvolvendo uma sensibilidade às emoções dos outros (Thompson *et al.*, 2003), embora ainda não seja possível afirmar que lhes confere significado (Fox & Stifter, 2005). Isto só acontece no segundo ano, através do condicionamento e empatia (Saarni *et al.*, 1998, *In* Thompson *et al.*, 2003). Aliás, a partir do momento em que a criança é capaz de compreender o significado da expressão emocional do outro, poderá responder adequadamente, seja a nível afectivo ou comportamental (Fox & Stifter, 2005). Nesta etapa, segundo Hertenstein e Campos (2004), surgem aquisições emocionais importantes, em três níveis distintos, mas interligados. Primeiro, torna-se capaz de realizar uma partilha afectiva com a mãe, chamando a atenção desta para as suas emoções acerca de determinada situação ou objecto. Emerge também a capacidade de referenciação social, i.e., criança começa a responder a determinados acontecimentos com base na reacção que observou nos outros, especialmente na mãe (Klinnert, Emde, Butterfield, & Campos, 1986; Repacholi, 2009). Este mecanismo vai permitir que a criança compare as suas avaliações com as dos outros, fomentando a compreensão de estados mentais partilhados e em conflito, bem como o desenvolvimento da consciência e da auto-confiança (Thompson *et al.*, 2003). Por fim, a criança torna-se capaz de reagir de forma apropriada a objectos ou pessoas, às quais a mãe ou outro adulto também estão a reagir (Hertenstein & Campos, 2004). Para que estas aquisições ocorram, é imprescindível que a criança compreenda, antes de mais, que tanto ela como os outros são agentes independentes, com papéis diferentes, o que acontece paralelamente ao sentido de *self*. Sroufe (1995) afirma que a criança começa a perceber que é responsável pelos seus actos e vai assimilando regras e valores, através da reacção parental aos seus comportamentos. Emoções auto-conscientes, como a vergonha ou a culpa, desempenham um papel importante

na regulação do comportamento da criança, permitindo-lhe perceber quais os comportamentos que deve inibir.

É, portanto, no contexto de limites claros, firmes e razoáveis e a partir de uma regulação diádica, que a auto-regulação se vai desenvolver. Para o desenvolvimento desta competência, também contribui a maturação de determinadas regiões cerebrais, que vão permitir a inibição da impulsividade (Thompson *et al.*, 2003). A auto-regulação consiste no “processo de iniciar, evitar, inibir, manter ou modular a ocorrência, a forma, a intensidade ou a duração de sentimentos internos, de estados fisiológicos, atencionais e motivacionais relacionados com as emoções e/ou de concomitantes comportamentais da emoção, ao serviço da adaptação biológica ou social relacionada com o afecto ou da concretização de objectivos individuais” (Eisenberg & Spinrad, 2004, p. 338). Esta competência permite que a criança ganhe controlo sobre a sua atenção e sobre a flexibilidade da sua própria regulação, o que lhe permitirá afastar de estímulos negativos e mudar o foco da sua atenção para estímulos positivos (Fox & Stifter, 2005). Com base no que foi referido, não é difícil perceber a importância da auto-regulação, dado tratar-se de uma parte integrante da constelação de competências que contribui para a competência social e auto-controlo comportamental (Thompson *et al.*, 2003).

A partir do momento em que a criança começa a falar, torna-se possível falar e reflectir acerca das emoções, facto que tem um impacto considerável no desenvolvimento social e emocional subsequente. Schaffer (2004) descreve uma sequência desenvolvimental interessante. Segundo este autor, no final do segundo ano, a criança torna-se capaz de rotular emoções mais básicas e a conversa gira à volta do prazer ou do sofrimento. Aos dois anos e meio, a criança não só é capaz de falar das próprias emoções, como também das dos outros, havendo um aumento do vocabulário a partir do terceiro ano de vida e aumentando a capacidade da criança para identificar sentimentos, seja nela, seja nos outros. Mais tarde, toma consciência de que as emoções não são episódios isolados, procurando identificar as razões por detrás da expressão emocional das pessoas e associando-a a determinados acontecimentos. A partir daqui, torna-se possível a manipulação dos sentimentos dos outros, bem como falar objectivamente destes (i.e., discutir acontecimentos emocionais passados, antecipar acontecimentos, analisar as suas causas e consequências, etc.). Todas estas aquisições contribuem para a competência emocional da criança, fundamental para compreender as próprias experiências e interagir adequadamente com outras pessoas (Sheridan, 2008).

1.1.4. O desenvolvimento social

É através do processo de socialização que a criança adquire os valores, conhecimentos e normas típicos do contexto sócio-cultural onde se insere. Esta não se processa de forma unidireccional, já que a criança é um participante activo nas relações que estabelece, que, por sua vez, vão ser diferenciadas, específicas e interdependentes (Ross & Spielmacher, 2005; Bennet, 2005). Através desta participação activa e da orientação de adultos e pares, a criança desenvolve a compreensão de acções, intenções e sentimentos dos outros. Tal vai permitir-lhe a criação e manutenção de relações, bem como a aprendizagem de convenções sociais (Sheridan, 2008). Este processo é indispensável para a integração adequada na sociedade e é co-construído. Porém, não é de descartar a presença de algum tipo de preparação biológica, uma vez que o bebé apresenta já indícios de orientação para a vida social (Bennet, 2005), no sentido em que já nasce com estratégias que lhe permitem absorver o mundo envolvente (e.g., preferência pelo rosto e voz humanos (Schaffer, 2004; Bennet, 2005).

As primeiras interacções significativas que a criança estabelece acontecem no seio da família, o contexto imediato do seu desenvolvimento. De acordo com o *Advisory Committee on Services for Families with Infants and Toddlers* (1994, In Bagdi & Vacca, 2005, p.146), “no contexto das relações com os cuidadores, a criança cria um sentido daquilo que é esperado, daquilo que é correcto, assim como competências que actuam como incentivos para a reciprocidade e cooperação”. É, portanto, no contexto das relações familiares que a criança vai aprender a movimentar-se no mundo social. Para isso, entram em interacção, não só as características dos cuidadores, como também do contexto cultural e, ainda, as da criança, que exercem a sua influência nos comportamentos parentais (Bennet, 2005). Para além disso, a natureza da própria relação também tem um papel no desenvolvimento de formas específicas de interacção (Ross & Spielmacher, 2005).

As experiências emocionais positivas vão permitir o desenvolvimento social adequado, assim como a capacidade para interpretar, experienciar, gerir e lidar com acontecimentos das mais diversas naturezas (Bagdi & Vacca, 2005). Por outro lado, para que também ocorra o crescimento emocional, são fundamentais as relações com cuidadores e pares, no sentido em que oferecem experiências e servem funções diferentes (Ashiabi, 2000). A relação com os cuidadores tem um carácter de conforto, protecção e segurança, servindo de base para a construção de competências sociais (Sroufe, 1997).

O desenvolvimento social tem início nas primeiras semanas de vida, com a consciência rudimentar de alguns estímulos ambientais, passando depois para a consciência do *self* e dos outros enquanto agentes causais na interacção social (Sroufe, 1997; Thompson *et al.*, 2003). As mudanças que se seguem, nomeadamente a tomada de consciência de que os outros também possuem estados subjectivos e o desenvolvimento da auto-consciência, permitem avanços significativos ao nível da interacção social (Thompson *et al.*, 2003). Surgem as relações recíprocas, culminando na parceria responsiva, já com noção dos valores e algum auto-controlo comportamental (Sroufe, 1997). A criança começa por ser dependente dos cuidadores, para passar a ser autónoma na forma como gere as relações com os pares, assim que começa a frequentar um contexto que tem que partilhar com outras crianças.

Todas as interacções são marcadas pela comunicação, uma transmissão de informação e de conteúdo emocional que atribui significado às relações sociais (Ross & Spielmacher, 2005). Esta transmissão ocorre mesmo na ausência de palavras, ainda antes de a criança ser capaz de falar. Mesmo o bebé é capaz de atrair e direccionar a atenção dos adultos, expressar emoções, assim como fazer pedidos, comentários e perguntas, através de estratégias de comunicação não-verbais (Sheridan, 2008). Assim, de acordo com Ross e Spielmacher (2005), numa primeira instância, a criança comunica através do choro, esperando uma resposta dos cuidadores. Segue-se uma forma de comunicação mais positiva, como a observação, vocalizações, sorrisos e o toque. A interacção assume o carácter do jogo, no qual os brinquedos podem tornar-se mediadores, mas que pode consistir apenas em jogos como o “cu-cu”, por exemplo, ou representação de papéis, à vez. A comunicação também pode assumir a forma de proibição, a partir do momento em que a criança se torna capaz de se movimentar, exigindo uma maior supervisão parental; de guia, no sentido em que a criança procura conhecer a reacção dos cuidadores, quando se encontra numa situação ambígua e não sabe como responder (referenciação social); narrativa, quando criança e cuidador iniciam uma conversa à volta de um acontecimento passado, estabelecendo ligações entre causas e efeitos, reforçando regras sociais e assimilando novas formas de considerar o *self* e os outros; ou de conflito, quando a criança se recusa a cumprir regras ou apresenta um comportamento que desagrada os pais, servindo também o propósito de transmitir princípios morais e sociais. A partir do momento em que surge a linguagem, a comunicação acerca das emoções e vida interna da criança ganha uma nova tonalidade. Esta competência cognitiva não só é essencial para a vida social, como também necessita desta última para se desenvolver, uma vez que é adquirida através da interacção com os adultos, mediada por factores biológicos,

cognitivos, psicossociais e ambientais (Sheridan, 2008). Em resumo, a criança é um agente activo nas diferentes relações que estabelece, agindo de forma consonante com a natureza de cada uma e sendo capaz de elicitar reacções específicas nos outros. Cada relação é única e apresenta um peso diferente na aprendizagem de crenças, atitudes e comportamentos (Ross & Spielmacher, 2005).

1.1.5. *Síntese integrativa*

Os constructos abordados são exemplos das várias componentes que poderiam ser abordadas com referência ao tema do comportamento sócio-emocional. De facto, na própria designação “sócio-emocional” está patente a complexidade de que se revestem os processos emocionais e sociais e a sua estreita ligação: O desenvolvimento de um depende do desenvolvimento do outro.

Será importante reter, no contexto deste trabalho, duas definições. Uma delas é a noção de **competência emocional**. Esta consiste na capacidade do indivíduo para regular as emoções de forma eficaz, de forma a atingir os seus objectivos (Campos, Mumme, Kermoian, & Campos, 1994), bem como para reconhecer e lidar com as emoções dos outros (Schaffer, 2004). Trata-se de uma competência essencial para a compreensão da própria experiência e para estabelecer interacções adequadas com as outras pessoas (Fox & Stifter, 2005). Ser emocionalmente competente implica ter consciência do próprio estado emocional; ter o conhecimento de que as relações são definidas de acordo com reciprocidade e a forma como as emoções são comunicadas; ser capaz de discernir as emoções dos outros; ter capacidade para aplicar o vocabulário emocional subjacente à sua cultura; ter competência para se envolver empaticamente nas experiências emocionais de terceiros; compreender que o estado emocional interno, pode não corresponder à expressão externa, tanto em si próprio, como nos outros; ser capaz de lidar com emoções negativas de forma adequada; e/ou possuir um sentido de auto-eficácia emocional, i.e., sentir-se em controlo e aceitar as próprias experiências emocionais (Schaffer, 2004; Bandon, Calkins, & Keane, 2010).

A competência emocional está estreitamente ligada à **competência social**, já que a competência para lidar com as emoções é essencial para a interacção social (Halberstadt, Denham, & Dunsmore, 2001, *In* Schaffer, 2004). Isto é claro na relação com pares, na qual a popularidade e a amizade dependem do sucesso com que a criança consegue ligar sensivelmente as suas emoções às dos outros (Schaffer, 2004). Assim, esta poderá ser definida como o conjunto de comportamentos

adequados que permitem o desenvolvimento e a manutenção de interações positivas com pares, irmãos, pais e outros adultos (Raver & Zigler, 1997).

Na sua globalidade, estas competências podem ser consideradas sobreponíveis. Por esta razão, podem ser consideradas numa entidade única: a **competência sócio-emocional** ou **sócio-afectiva**. Esta é multivariada e composta por diversas competências transversais às áreas do desenvolvimento cognitivo e emocional, desde os processos de atenção, controlo de inibições e resolução de problemas, até à auto-regulação e expressão adequada dos afectos (Domitrovich, Cortes, & Greenberg, 2007), passando pela conformidade, empatia, consciência emocional, motivação, interacção pró-social (Briggs-Gowan & Carter, 1998) e capacidade de resolução de problemas sociais (Denham, 2006). Quando estas competências não são desenvolvidas, poderão surgir problemas de várias naturezas, nomeadamente de internalização ou externalização, de regulação e comportamentos inadaptativos (Briggs-Gowan & Carter, 1998). De acordo com Briggs-Gowan e Carter (1998), consideram-se perturbações de internalização a depressão, a ansiedade, o isolamento social e a inibição/timidez excessiva; as perturbações de externalização estão relacionadas com hiperactividade, agressividade, comportamentos de oposição e reactividade emocional negativa; problemas de regulação incluem o sono, a alimentação e regulação de humor (Greenspan & Wieder, 1993, *In* Briggs-Gowan & Carter, 1998); e, finalmente, a inadaptação está relacionada com comportamentos repetitivos e estereotípias, característicos da perturbação obsessivo-compulsiva ou do espectro do autismo. A identificação precoce de perturbações a este nível é fulcral para a promoção de um desenvolvimento saudável, dada a sua influência sobre a adaptação ao contexto escolar e de aprendizagem, sucesso académico, relação com pares e professores, psicopatologia, delinquência e abuso de substâncias (Ashiabi, 2000; Bagdi & Vacca, 2005; Denham, 2006). Segue-se uma breve referência à avaliação da competência sócio-emocional.

1.2. A avaliação do comportamento sócio-emocional

O conhecimento dos atributos e mecanismos subjacentes ao desenvolvimento sócio-emocional de bebés e crianças em idade pré-escolar deve assumir um lugar de destaque, dada a sua relevância para a compreensão dos processos que dão origem a quadros psicopatológicos ao longo de todo o ciclo vital. Contudo, não só esta área do desenvolvimento foi negligenciada durante algum tempo, como também a faixa etária em questão. Foram vários os factores que contribuíram para isso, tanto

relacionados com a própria evolução da Psicologia, como com questões sociais e culturais. De acordo com Martin (1988), com a influência do Behaviorismo, a tónica foi colocada no comportamento aprendido e nas causas ambientais, conceptualizando a criança como uma tela em branco, cuja pintura é operada pelo meio. Face às mudanças rápidas que caracterizam esta faixa etária, faria pouco sentido avaliar o seu comportamento, para efeitos práticos. Esta área do desenvolvimento só teve a merecida atenção com a criação da Educação Especial nas escolas públicas, para crianças a partir dos cinco anos, tornando as instituições mais activas no despiste de crianças em risco (Martin, 1988).

De facto, a avaliação do comportamento “normal” em idades precoces (até aos cinco anos) é uma tarefa difícil, devido à rapidez das mudanças desenvolvimentais que caracterizam esta faixa etária e a influência das diferenças individuais (Campbell, 1991), bem como pelo facto de os problemas sócio-emocionais serem, nesta altura, qualitativamente diferentes daqueles encontrados em idades posteriores (Briggs-Gowan & Carter, 1998). Não obstante, a avaliação precoce das perturbações do comportamento sócio-emocional é fulcral e tem um potencial decisivo para o desenvolvimento futuro da criança. Sabe-se, por exemplo, que a idade de início da perturbação é um factor contributivo para a sua estabilidade (Cicchetti & Toth, 1991).

O desenvolvimento deve ser entendido com base num pressuposto de continuidade de adaptação, i.e., deve ter por base a assunção de que existe coerência no desenvolvimento da personalidade, que as dificuldades que surgem estão relacionadas com a qualidade da adaptação anterior e que as avaliações em idades precoces permitem antever a emergência de dificuldades desenvolvimentais futuras (Matas *et al.*, 1978; Sroufe & Rutter, 1984). Nesta linha de pensamento, a importância da avaliação da continuidade dos processos desenvolvimentais é indiscutível, dada a sua relação com a estabilidade da perturbação. O funcionamento individual é coerente ao longo do tempo, sendo que as perturbações não surgem de forma independente, mas antes em estreita ligação com a qualidade da adaptação anterior, assim como com mudanças no suporte e desafios ambientais (Sroufe & Rutter, 1984). Apesar de tudo, esta continuidade não deverá ser confundida com determinismo. Embora a maioria das crianças em idade pré-escolar que evidenciam agressividade, hiperactividade ou desobediência continuem a apresentar problemas comportamentais na entrada para a escolaridade, a continuidade da adaptação não implica a persistência de problemas específicos (Campbell, 1991).

A compreensão dos factores que aumentam ou diminuem o risco de psicopatologia em várias idades permite uma visão mais abrangente do desenvolvimento e contribui para a prevenção primária (Sroufe & Rutter, 1984). É a combinação única de factores de risco e de protecção que origina a perturbação (Sroufe, 1997; Rutter & Sroufe, 2000), consoante o seu peso e as características do indivíduo (Soares, 2000). Apesar disso, como verificou Rutter (1979, *In* Sameroff, 1998), não se trata do peso de um factor de risco particular, mas da confluência de vários, no trajecto para a psicopatologia. A este respeito, será útil reportar os resultados do Rochester Longitudinal Study (RLS; Sameroff, Seifer, Zax, & Barocas, 1987). Este estudo teve como objectivo avaliar os efeitos do ambiente no comportamento emocional e na saúde mental, desde a gestação até à adolescência. Permitiu retirar conclusões interessantes acerca do efeito de várias variáveis no desenvolvimento da criança, nomeadamente o nível socioeconómico (NSE), saúde mental dos cuidadores, perspectivas parentais, interacção espontânea, ocupação, educação, pertença a minorias étnicas, suporte familiar, presença do pai, acontecimentos de vida stressantes e tamanho do agregado familiar (Sameroff & Seifer, 1990). Concluiu-se que factores como as pressões do *stress* ambiental, os recursos da família para lidar com eles, o número de filhos e a flexibilidade dos pais têm um papel importante na saúde mental das crianças e na sua realização em testes de inteligência (Sameroff, 1998). Não é surpreendente, já que os problemas familiares causam *stress* nos pais e ocupam recursos que poderiam ser direccionados para lidar com a criança e apoiá-la ao longo das transições desenvolvimentais (Campbell, 1991). Crianças expostas a uma situação familiar problemática e contínua tendem a enveredar por trajectórias menos saudáveis, tornando-se vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia (Sameroff & Seifer, 1990).

O NSE tem-se revelado uma das variáveis com maior capacidade preditiva dos atrasos de desenvolvimento, da competência cognitiva e do funcionamento sócio-emocional da criança, dada a sua influência na parentalidade, nas crenças e atitudes parentais, nas interacções familiares e na comunidade (Sameroff, 1998; Sameroff & Seifer, 1990). Vários estudos têm confirmado que problemas familiares e sociais, tais como baixo NSE, baixa escolaridade e conflitos familiares, levam a problemas comportamentais (Rauh, 2005), actuando como variáveis preditivas do futuro desenvolvimento do indivíduo. O efeito combinado de doença parental e baixo NSE apresenta os piores resultados em termos desenvolvimentais e contribui, em grande parte, para a origem de psicopatologia severa (Sameroff & Seifer, 1990).

Também os factores inerentes à própria criança constituem variáveis que colocam em risco o seu desenvolvimento, e.g., factores ligados à sua saúde (Rauh, 2005) e o temperamento (Rothbart, 2004a). Por exemplo, uma das suas dimensões mais relevantes, o controlo por esforço, parece estar associado a comportamentos de externalização (agressividade, desatenção e hiperactividade) ou, num outro pólo, ansiedade (Murray & Kochanska, 2002). Ainda no que se refere ao temperamento, verificou-se que pais que lidam com dificuldades psicossociais tendem a percepcionar a criança como difícil (Campbell, 1991) e respondem em conformidade. Salientam-se, aqui, os efeitos transaccionais entre as características da criança e as características do meio. Parece existir um ciclo vicioso, através do qual a individualidade da criança conduz a reacções específicas nos outros, que, por sua vez, vão reforçar a individualidade da criança e os seus comportamentos e colocar alicerces para o seu desenvolvimento posterior (Lerner & Lerner, 1987). Nesta linha de pensamento, se as características da criança forem congruentes com as exigências do meio e/ou dos pais, conduzirão a uma adaptação positiva (Lerner & Lerner, 1987).

Estes dados têm de ser interpretados com cautela, já que, segundo afirma Rutter (2009), existe, realmente, uma correlação entre os factores de risco referidos e a psicopatologia futura, mas não é possível estabelecer a sua causalidade. Portanto, é a interacção recíproca entre as características da criança e do meio que determina a forma como esta se adapta (Sroufe & Rutter, 1984). A combinação precoce de vários factores de risco, aliado a sinais de impulsividade, agressividade, desatenção, dificuldades no controlo da actividade e de conformidade com as regras aponta para uma possível perturbação, com especial tendência para ser persistente, especialmente se os sintomas iniciais forem severos (Campbell, 1991). Por outro lado, também há crianças que parecem não sofrer os efeitos dos factores de risco, seguindo trajectórias adaptadas até à idade adulta. Aliás, o facto de se considerar que determinada criança está em risco, significa apenas que está mais vulnerável e que terá uma maior probabilidade de prosseguir uma trajectória inadaptada (Rauh, 2005). Aqui, teremos que nos concentrar no conceito de **resiliência**. Este diz respeito à adaptação positiva do indivíduo, apesar das adversidades (Sameroff & Rosenblum, 2006), com base nos recursos pessoais e sociais disponíveis (Rauh, 2005), contrariando as expectativas de emergência de sequelas (Rutter, 2007).

De um modo geral, aquilo que determina a entrada numa trajectória normal ou patológica, está assente na forma como a criança lida com a adversidade e na forma como o ambiente envolvente a apoia neste processo, ao nível micro, meso, exo e macrossistémico. Assim, a forma como cada criança se adapta é única, consoante as

suas características e as do ambiente com o qual esta interage de forma recíproca (Sroufe & Rutter, 1984), razão pela qual a avaliação deve abordar todos os contextos de vida da criança. Apesar disso, o despiste de comportamento atípicos em situações de risco não deve ser descurado. A avaliação precoce permite a identificação de comportamentos atípicos numa fase inicial, mas os resultados devem ser sempre aceites com reservas, na medida em que a presença de falsos positivos e falsos negativos será frequente (Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006).

Na literatura, é possível encontrar diversas referências a instrumentos de despiste do comportamento sócio-emocional de crianças com menos de seis anos. O *Center for Children* e o *Families at Education Development Center* (Printz, Borg, & Demaree, 2003) dá relevância a seis, entre eles o ASQ:SE (Squires *et al.*, 2002a), o *Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002), o *Early Screening Project* (ESP; Walker, Severson, & Feil, 1995), o *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (PKBS; Merrell, 1994), o *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) e o *TABS Screener for the Temperament and Atypical Behavior Scale: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction* (TABS; Neisworth, Bagnato, Salvio, & Hunt, 1999). Abordando-se estes instrumentos de forma breve, o **BITSEA** (Briggs-Gowan & Carter, 2002, *In* Printz *et al.*, 2003) avalia os domínios da externalização, internalização, desregulação, desadaptação, medos e competência, em crianças dos 12 aos 36 meses de idade. À semelhança do ASQ:SE, é um instrumento que pode ser preenchido por pais ou outros cuidadores, bem como por professores. Apresenta qualidades psicométricas adequadas, quer ao nível da validade com referência a um critério (95% de acordo com o CBCL e 30% de falsos positivos), quer ao nível da fidelidade teste-reteste e inter-cotadores. O **ESP** (Walker *et al.*, 1995, *In* Printz *et al.*, 2003) organiza o despiste de problemas em crianças dos três aos cinco anos em três fases. A primeira baseia-se em considerações dos professores acerca de eventuais comportamentos de externalização ou internalização. Crianças com pontuações elevadas são submetidas a uma segunda fase de despiste, em que o professor terá de classificar comportamentos agressivos, interação social, comportamento adaptado/inadaptado e acontecimentos relevantes. A terceira fase é opcional e diz respeito ao preenchimento de um questionário, desta feita pelos cuidadores, e/ou à observação do comportamento em contexto de sala de aula. No que concerne às suas propriedades psicométricas, apresentou uma correlação de 0,80 com o *Conners' Rating Scales* e valores de fidelidade inter-cotador e teste-reteste aceitáveis (0,87 e 0,72, respectivamente). O **PKBS** (Merrell, 1994, *In* Printz *et al.*, 2003) é utilizado para

despiste de problemas e competências sociais em crianças dos três aos seis anos, com preenchimento pelos cuidadores ou professores. Apresentou uma validade de critério aceitável, quando comparado com outros instrumentos, bem como bons coeficientes de fidelidade teste-reteste, inter-cotadores e consistência interna (0,62 a 0,87, 0,36 a 0,63 e 0,84 a 0,97, respectivamente). O **SSRS** (Gresham & Elliott, 1990, *In* Printz *et al.*, 2003) é constituído por três escalas, uma para competências sociais, outra para problemas de comportamento e outra ainda para a competência académica. Pode ser preenchida por professores ou pais (consoante a versão) de crianças e jovens entre os três e os 18 anos. Apresenta uma validade satisfatória e coeficientes de fidelidade teste-reteste e consistência interna aceitáveis. Por fim, o **TABS** (Neisworth *et al.*, 1999, *In* Printz *et al.*, 2003) centra-se no temperamento e na auto-regulação de crianças entre os 11 e os 71 meses de idade, com preenchimento pelos cuidadores ou professores. Trata-se de um instrumento válido, com valores de fidelidade teste-reteste de 81% a 94%.

Apesar de abundantes no contexto norte-americano, é notória a ausência de instrumentos deste tipo validados para a população portuguesa, para crianças abaixo dos seis anos de idade. Desta forma, almeja-se, com este trabalho, a validação do *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Segue-se uma descrição do mesmo.

1.3. Os *Ages & Stages Questionnaires*

Os *Ages & Stages Questionnaires* (ASQ) foram criados por Squires, Bricker e Mounts (1995), da University of Oregon. Consistem num conjunto de questionários criados para o despiste de problemas do desenvolvimento e para a monitorização de atrasos de desenvolvimento, resultantes de diversos factores de risco. Os questionários foram construídos para avaliar crianças entre os 4 e os 48 meses de idade, relativamente ao seu desenvolvimento em cinco áreas: pessoal-social, comunicação, motricidade grossa, motricidade fina e resolução de problemas (Squires, Bricker, & Potter, 1997). Embora o ASQ constitua um instrumento útil na identificação de problemas globais do desenvolvimento, não é tão sensível à avaliação da competência sócio-emocional quanto seria desejável (Squires, Bricker, Heo, & Twombly, 2001). Face a esta ausência de sensibilidade à área sócio-emocional, à necessidade de identificação precoce de perturbações a este nível e, ainda, devido ao interesse crescente pela saúde mental das crianças e à aceitação global do ASQ, surgiu a ideia de desenvolver um instrumento específico de despiste de problemas do

comportamento sócio-emocional, para crianças com menos de cinco anos (Squires, Bricker, & Twombly, 2002b).

Assim, os *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (ASQ:SE) foram construídos por Squires, Bricker e Twombly, em 2002, para servirem de instrumentos de despiste que complementam os ASQ e que podem ser preenchidos pelos pais ou cuidadores (Squires *et al.*, 2001; Squires *et al.*, 2002b). Existem oito versões, cada qual para um intervalo de idade: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48 e 60 Meses. De acordo com Squires e colaboradoras (2002b), o seu racional teórico assenta em vários modelos, nomeadamente o modelo transaccional (Sameroff, 2000; Sameroff & Chandler, 1975, *In Squires et al.*, 2002b), o modelo da aprendizagem social (Bandura, 1977; Patterson, Reid, & Dishion, 1992, *In Squires et al.*, 2002b), o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1977, *In Squires et al.*, 2002b), a teoria organizacional do desenvolvimento (Cicchetti, 1993, *In Squires et al.*, 2002b), o modelo do desvio marginal (Dishion, French, & Patterson, 1995; Reid, 1993, *In Squires et al.*, 2002b) e as teorias do desenvolvimento (Fischer & Rose, 1994; Gesell, 1933; Piaget, 1950, *In Squires et al.*, 2002b).

O ASQ:SE é um instrumento de medida da competência sócio-emocional em bebés e crianças pequenas, bem como de despiste de comportamentos que podem indicar a existência de problemas a esse nível (Squires *et al.*, 2001). Neste sentido, a interpretação dos resultados é feita com base em pontos de corte, sendo que uma pontuação acima de determinado valor aponta para a necessidade de uma avaliação mais aprofundada e/ou de encaminhamento para serviços de intervenção precoce. Este conjunto de questionários avalia sete áreas do desenvolvimento social e emocional¹, nomeadamente: **auto-regulação** (capacidade para se acalmar ou ajustar a condições/estímulos ambientais ou fisiológicos), **conformidade** (capacidade para se conformar com as ordens dos outros e seguir regras), **comunicação** (capacidade para responder ou iniciar sinais verbais/não verbais para identificar sentimentos, afectos ou estados internos), **funcionamento adaptado** (capacidade para lidar com necessidades fisiológicas), **autonomia** (capacidade para tomar iniciativa ou reagir sem instruções), **afecto** (capacidade para mostrar os seus próprios sentimentos e empatia pelos outros) e **interacção com os outros** (capacidade para responder ou iniciar respostas sociais aos pais, outros adultos e pares) (Squires *et al.*, 2001; Squires *et al.*, 2002b). Existe, ainda, uma oitava dimensão que engloba os itens que dizem respeito

¹ Os ASQ:SE 6M 12M não possuem itens para a autonomia e a conformidade, sendo que apenas medem cinco dimensões.

às **preocupações do cuidador ou de terceiros**, que correspondem aos itens de resposta aberta (cf. Quadro 1, Anexo A).

O preenchimento é feito com base numa escala de três pontos (*Quase Sempre, Às Vezes e Raramente ou Nunca*), cada um destes correspondendo a uma cotação de zero, cinco ou dez pontos, consoante a orientação do item. Cada versão do questionário termina com quatro questões abertas, para que o cuidador descreva eventuais preocupações de terceiros acerca dos comportamentos da criança, preocupações próprias referentes ao sono, alimentação e higiene, bem como preocupações gerais. Finalmente, o cuidador deverá indicar o que mais gosta na criança. Se um comportamento for percebido como preocupante, pelo cuidador, este poderá assinalá-lo numa coluna independente. Por cada item assinalado como preocupante, somam-se cinco pontos à pontuação total. Uma pontuação alta pode significar que existem problemas, enquanto uma pontuação baixa significa que o comportamento sócio-emocional da criança é o esperado para a idade (Squires *et al.*, 2001).

O estudo das qualidades psicométricas dos ASQ:SE originais incluiu as medidas da fidelidade e validade, com uma amostra de 3014 crianças (1496 rapazes e 1454 raparigas). No que concerne à fidelidade, esta foi estudada através do cálculo do índice de consistência interna (*alpha de Cronbach*) e do método teste-reteste. Para a consistência interna, obtiveram-se valores entre 0,67 (para o ASQ:SE 12M) e 0,91 (para os ASQ:SE 48 e 60M) (cf. Squires *et al.*, 2002b). Quanto à fidelidade teste-reteste, o grau de acordo foi de 94%, para 367 participantes. No que diz respeito à validade, as autoras optaram por medir a validade com referência a um critério e a validade de grupos conhecidos. Em primeiro lugar, estabeleceram pontos de corte preliminares, que foram usados para classificar as crianças como estando ou não em risco. Esta classificação era, posteriormente, comparada com a informação obtida através de medidas de critério (o *Child Behavior Checklist 2-3* [CBCL 2-3; Achenbach, 1992], o *Vineland Social-Emotional Early Childhood Scale* [SEEC; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1998] ou o diagnóstico formal de perturbação sócio-emocional) e analisada mediante a curva ROC. Este procedimento permitiu aferir, também, a sensibilidade, a especificidade, os falsos positivos, os falsos negativos, o grau de acordo, a sub-referenciação e a sobre-referenciação para todos os intervalos de idade. Assim, a **sensibilidade** varia entre 70,8% (ASQ:SE 24M) e 84,6% (ASQ:SE 60M). A **especificidade** estava entre os 89,5% (ASQ:SE 30M) e os 98,2% (ASQ:SE 60M). No que respeita à **validade de critério**, o grau de acordo foi mais baixo para o ASQ:SE 30M (87,8%) e mais alto para o ASQ:SE 60M (94%). A **sub-referenciação** foi

de 2,4% (ASQ:SE 60M) a 4,7% (ASQ:SE 12M) e a **sobre-referenciação** foi de 3% (ASQ:SE 18M) a 8,6% (ASQ:SE 30M). Os resultados indicaram que o ASQ:SE discrimina eficazmente as crianças que são identificadas como estando em risco, pelas medidas de critério. Adicionalmente, no que se refere à **validade de grupos conhecidos**, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos, para todos os intervalos de idade, o que indica que os ASQ:SE discriminam correctamente as crianças com desenvolvimento normal, das crianças com desenvolvimento atípico (Squires *et al.*, 2002b). Para além do estudo das propriedades psicométricas dos ASQ:SE, as autoras realizaram estudos de utilidade, sendo que os pais inquiridos indicaram que eram de fácil compreensão, de rápido preenchimento, que possuíam questões apropriadas e que foram úteis para pensar melhor acerca do comportamento sócio-emocional dos seus filhos (Squires *et al.*, 2002b).

Os ASQ:SE têm sido utilizados em algumas investigações, apresentadas seguidamente por ordem cronológica. Num trabalho académico, Davis (2002) comparou três instrumentos utilizados nos Estados Unidos da América (EUA) para despiste de desvios ao nível do comportamento sócio-emocional em crianças pequenas (ASQ:SE 18M, BITSEA e TABS). O seu objectivo era comparar o seu rigor e precisão (utilizando o CBCL como critério), bem como a sua utilidade. A amostra era constituída por 90 crianças entre os 18 e os 20 meses de idade. O ASQ:SE 18M apresentou uma especificidade de 87%, uma sensibilidade de 33,3%, uma sub-referenciação de 2,2% e uma sobre-referenciação de 12,2%. O ASQ:SE 18M apresentou os valores mais altos de especificidade e sub-referenciação, bem como os valores de sensibilidade e sobre-referenciação mais reduzidos, entre os três instrumentos.

Em 2004, Squires e colaboradores realizaram uma investigação com o ASQ:SE, com referência aos efeitos do risco, da perturbação e do género na *performance* das crianças. A este respeito, encontrou-se uma relação entre a classificação de risco da criança e o seu resultado no ASQ:SE, sendo que crianças em menor risco apresentaram cotações inferiores no instrumento. Apesar disso, a média de cotações de crianças com risco mais elevado conseguiu ser inferior à média de cotações de crianças com perturbações efectivas. Em termos da comparação de géneros, verificou-se que os rapazes apresentavam médias mais elevadas do que as raparigas, sendo isso sugestivo de mais problemas de comportamento. No entanto, tal não aconteceu para os ASQ:SE 12M, 24M e 30M, o que sugere que as diferenças poderão surgir com a idade mais avançada ou, ainda, que os ASQ:SE não apresentam

sensibilidade suficiente para as diferenças de género (Squires, Bricker, & Twombly, 2004).

O primeiro estudo de adaptação e validação do ASQ:SE foi realizado por Toran (2007), que procurou adaptar e validar os ASQ:SE 6M, 12M e 18M para a população da Malásia. Seguiu os mesmos passos das autoras dos ASQ:SE originais, mas acrescentou a consulta de um painel de especialistas, para avaliar se os instrumentos eram culturalmente adequados. Para além disso, foram consultados pais e enfermeiros (estes últimos, especialistas na área do desenvolvimento infantil), que consideraram que os questionários eram de fácil compreensão e utilização. Os valores de consistência interna mostraram-se razoáveis (0,61, 0,63 e 0,72, para o ASQ:SE 6M, 12M e 18M, respectivamente) e encontrou-se uma concordância de 93%, 96% e 85% com a medida de critério. A sensibilidade foi de 100%, 50% e 57%, sendo que a especificidade correspondeu a 93%, 96% e 86%, as sobre-referenciações foram de 7%, 4% e 14% e as sub-referenciações foram de 0%, 1% e 2%, respectivamente. Verificou-se, também, que a amostra da Malásia apresentava médias, medianas, amplitudes inter-quartis e pontos de corte mais elevados do que a amostra dos EUA. Também se encontrou algum viés em determinados itens dos três questionários, tendo-se recomendado uma investigação mais aprofundada das suas propriedades.

Mais recentemente, McManus (2009) procurou avaliar o impacto da implementação de um protocolo de despiste em contexto pré-escolar, utilizando o ASQ:SE. Os resultados permitiram verificar que houve um aumento das competências dos professores quanto à sinalização e encaminhamento de crianças em risco de atraso sócio-emocional. Verificou-se, ainda, um aumento das referenciações para cuidados de saúde mental e uma coerência na identificação de crianças em risco (pais e professores identificaram as mesmas crianças). A autora concluiu que o ASQ:SE é uma ferramenta adequada para o despiste precoce.

Mason (2009) utilizou o ASQ:SE 6M com o objectivo de investigar a relação entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento sócio-emocional da criança, para verificar se as considerações maternas acerca da sua vinculação com os filhos tinham impacto na relação. Encontrou-se uma relação entre a medida de depressão materna e as medidas do desenvolvimento da criança, sendo que a vinculação materna medeia (e não modera, ao contrário do esperado) esta relação.

A parte empírica deste trabalho consiste num estudo das qualidades psicométricas do ASQ:SE, para uma amostra da população portuguesa, o qual passará a ser apresentado de seguida, no Capítulo II desta dissertação.

**II. ESTUDO EMPÍRICO – ESTUDO EXPLORATÓRIO DE VALIDAÇÃO DOS
*AGES & STAGES QUESTIONNAIRES: SOCIAL-EMOTIONAL***

2.1. Método

Face à necessidade premente de dispor de instrumentos eficazes no despiste de comportamentos sócio-emocionais potencialmente problemáticos e à importância inegável da intervenção precoce, o presente trabalho tem como objectivo geral iniciar um processo de adaptação e estudo psicométrico de todas as versões ASQ:SE. Os objectivos específicos são: a) Preparar uma versão traduzida e adaptada do questionário, passível de ser aplicada à população portuguesa; b) Estudar as qualidades psicométricas (fidelidade e validade) das versões portuguesas dos ASQ:SE; c) Explorar e definir os pontos de corte adequados à população portuguesa.

O presente estudo dividiu-se em duas fases principais: a primeira consistiu na adaptação de todas as versões do ASQ:SE, para a sua utilização junto da população portuguesa; a segunda correspondeu ao estudo das qualidades psicométricas das versões adaptadas. Segue-se, portanto, a descrição do método adoptado.

2.1.1. Participantes

A amostra foi constituída por 1140 crianças, 586 rapazes (51,4%) e 551 (48,3%) raparigas, inscritas em infantários do Distrito do Porto, mais especificamente, nos concelhos de Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto e Vila Nova de Gaia. Não houve critérios de exclusão, pelo que não foram excluídas as crianças com perturbações do desenvolvimento. A média e a amplitude de idades para cada versão do ASQ:SE, bem como a distribuição dos participantes de acordo com o género e o NSE, podem ser consultadas no Quadro 2, a seguir apresentado.

Quadro 2

Frequências para o Sexo e NSE e medidas de tendência central e de distribuição da idade

Questionários	N	M (DP) (meses)	Amplitude (meses)	Masculino (%)	Feminino (%)	NSE baixo	NSE médio	NSE alto
ASQ:SE 6M	96	6,65 (1,30)	3-8	58	38	12	31	47
ASQ:SE 12M	116	12,21 (1,32)	10-14	53	63	14	33	54
ASQ:SE 18M	135	17,91 (1,60)	15-20	61	74	14	44	56
ASQ:SE 24M	135	23,70 (1,60)	21-25	68	67	16	26	70
ASQ:SE 30M	149	29,93 (1,73)	27-32	81	68	22	35	73
ASQ:SE 36M	158	37,35 (2,32)	33-41	83	75	10	35	70
ASQ:SE 48M	168	47,92 (3,09)	42-53	93	75	16	39	50
ASQ:SE 60M	183	59,88 (3,18)	54-65	92	91	26	45	47
Total	1140	32,47 (17,28)	3-65	586	551	130	288	467

Como é possível verificar pela leitura do Quadro 2, a média das idades corresponde, sensivelmente, à idade “central” de cada versão (e.g., a média de idades para o ASQ:SE 6M é 6,65, para os 12M é 12,21, etc.). No que diz respeito à amplitude das idades, verifica-se que a idade mínima e máxima das crianças participantes, para cada questionário, correspondem às amplitudes de idades definidas para cada questionário. Tal apenas não acontece para o ASQ:SE 12M, que pretende avaliar crianças entre os nove e os 14 meses, mas não possui, nesta amostra, crianças com nove meses. No total, os participantes têm idades compreendidas entre os três e os 65 meses. No que ao género diz respeito, verifica-se que a amostra se encontra relativamente equilibrada, embora, no geral, existam mais rapazes do que raparigas, excepto no caso dos ASQ:SE 12M e 18M, em que o número de raparigas excede o de rapazes. No mesmo quadro, pode ser observada a distribuição de participantes, de acordo com o nível socioeconómico (NSE). Este foi calculado com base na profissão e escolaridade dos pais, sendo que 130 (11,4%) participantes pertencem a um NSE baixo, 288 (25,3%) ao médio e 467 (41%) ao alto. Houve 255 (22,4%) omissões, por lacunas no preenchimento dos questionários.

2.1.2. Instrumento

Os procedimentos de adaptação do ASQ:SE seguiram os pressupostos básicos da investigação em Psicologia. Como tal, o primeiro passo foi realizar o pedido de autorização às autoras dos questionários originais. Seguiu-se a tradução para o português europeu, procurando que o sentido dos itens não fosse alterado. Procedeu-se à fase de retroversão. Nesta, optou-se por realizar três versões, por três pessoas diferentes, com conhecimento da língua inglesa. Estas foram comparadas com a primeira tradução, tendo-se promovido uma discussão em grupo acerca do vocabulário utilizado, bem como a nível do conteúdo e da forma. Após a identificação das falhas, cada versão do ASQ:SE foi modificada e submetida a um pré-teste, com discussão falada. Para tal, foi solicitada a colaboração de um participante por questionário. A maioria não apresentou qualquer sugestão de alteração, afirmando que os itens estavam compreensíveis, directos, com linguagem adequada e com apresentação satisfatória. Apesar disso, dois participantes colocaram dúvidas e sugeriram algumas alterações que foram analisadas em equipa e integrados, chegando-se, então, à construção do questionário final.

A versão portuguesa dos oito ASQ:SE mantém a estrutura original, sendo constituída pelo mesmo número de itens (entre os 22, para o ASQ:SE 6M, e os 36,

para os ASQ:SE 60M), representativos das dimensões teóricas originais (auto-regulação, conformidade, comunicação, funcionamento adaptado, autonomia, afecto e interacção com os outros). Todos os questionários terminam com as quatro questões abertas que figuram na versão norte-americana. O preenchimento do questionário é feito com base numa escala de frequência, tipo Likert, com três pontos (1. *Quase Sempre*, 2. *Às Vezes* e 3. *Raramente ou Nunca*), cada um destes correspondendo à cotação de zero, cinco ou dez pontos, conforme a orientação do item, i.e., para os itens que avaliam problemas, quanto maior a frequência, maior a cotação, ao contrário do que acontece para os itens que avaliam competências, em que quanto maior a frequência, menor a cotação. O cuidador pode, também, assinalar os comportamentos que considere preocupantes.

2.1.3. Procedimento

Procedimento de recolha de dados

Para a recolha de dados, foi, primeiramente, estabelecido o contacto com diversos berçários, creches, infantários e jardins-de-infância do Distrito do Porto, de modo a solicitar a sua disponibilidade para participar no estudo. Uma vez realizados os contactos e apuradas as disponibilidades, em reunião com os directores das respectivas instituições eram solicitadas as listas de crianças inscritas, com as datas de nascimento respectivas. Após a atribuição de um código a cada criança e o cálculo da sua idade em meses, a versão correspondente do questionário era colocada num envelope, com um questionário de dados sociodemográficos e um consentimento informado para os pais. No envelope, constava o nome da criança a lápis e o código atribuído. Os envelopes eram entregues nas instituições, que se encarregavam de entregar aos pais. Os questionários eram recolhidos duas semanas depois.

Procedimento de análise dos dados

No que se refere à análise dos dados, esta foi realizada separadamente para cada intervalo de idade do ASQ:SE, utilizando o SPSS 17.0. Antes de iniciar qualquer tipo de análise, foi necessário reorientar os itens, para que todos ficassem na mesma direcção. Para o presente estudo, procurou-se seguir de perto as análises utilizadas para o estudo psicométrico original, realizado por Squires e colaboradoras (2002b), nomeadamente, a análise da fidelidade através do índice de consistência interna e a definição de pontos de corte, bem como a análise da validade com referência a um critério e da validade de grupos conhecidos. A este respeito, importa referir que o

instrumento-critério utilizado foi o CBCL 1^{1/2}-5 anos (ao invés do CBCL 2-3, que foi usado pelas autoras), por se encontrar em processo de validação para Portugal. Para além desta alteração nos procedimentos originais, foi necessário proceder a outras, relacionadas com constrangimentos ligados à amostra. Assim, ao contrário da investigação original, não se estudou a utilidade dos questionários, nem a fidelidade teste-reteste, por questões relacionadas com a urgência da recolha de dados. Entretanto, para além das análises apresentadas pelas autoras, realizou-se uma análise exploratória da validade de constructo, através de análises factoriais, assim como da validade de conteúdo, mediante a consulta da opinião de um especialista. Segue-se a apresentação dos resultados, para cada versão do ASQ:SE.

2.2. Apresentação dos resultados

Os resultados serão apresentados na mesma sequência do estudo original, iniciando-se com uma análise descritiva dos dados e passando ao estudo das qualidades psicométricas dos ASQ:SE. Nesta última secção, será abordado o estudo da fidelidade, seguido da definição de pontos de corte, essencial para a análise das validades com referência a um critério e de grupos conhecidos. Por fim, será apresentado o estudo exploratório das validades de constructo e de conteúdo. Antes de cada análise, é explicitado o procedimento adoptado, para facilitar a compreensão.

2.2.1. Análise descritiva dos dados

Tendo em conta as cotações totais dos ASQ:SE, a distribuição dos dados foi analisada através de uma medida de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão, mínimos e máximos) e de distribuição (assimetria e curtose) (cf. Quadro 3).

Quadro 3
Medidas de tendência central, de dispersão e de distribuição para os ASQ:SE

ASQ:SE	N	M	DP	Mín.	Max.	Assimetria	Curtose
ASQ:SE 6M	96	16,30	14,60	0	65	1,05	0,79
ASQ:SE 12M	116	25,95	18,39	0	85	0,87	0,34
ASQ:SE 18M	135	28,33	19,52	0	95	0,98	0,93
ASQ:SE 24M	135	30,33	21,65	0	135	1,58	4,33
ASQ:SE 30M	149	49,03	27,45	5	135	1,29	1,29
ASQ:SE 36M	158	52,03	30,70	5	200	1,32	3,44
ASQ:SE 48M	168	53,33	31,93	5	205	1,63	4,24
ASQ:SE 60M	183	56,80	28,28	0	205	1,16	3,63

A um primeiro nível, verifica-se uma tendência para o aumento da média das cotações totais, ao mesmo tempo que a idade da criança também aumenta, algo que também aconteceu no estudo original. Quanto aos valores de assimetria e curtose, não constituem os valores típicos de distribuição normal, facto corroborado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, que atingiu a significância estatística para todas as versões dos ASQ:SE. Assim, constatamos que a distribuição dos resultados da amostra portuguesa não acompanha a curva normal (Field, 2000).

Foi realizada uma análise dos dados item a item, para conhecer as tendências de resposta dos sujeitos (cf. Anexo B). Para todos os ASQ:SE, existe uma tendência para a resposta mais ajustada, no sentido de se responder àquilo que será de esperar (i.e., aquilo que é normativo), em termos desenvolvimentais. Salienta-se que cotações totais mais elevadas podem ser indicativas de problemas, i.e., quanto mais elevada é a cotação total, maior a probabilidade de ocorrência de situações problemáticas. Muitos itens apresentam uma concentração de mais de 80% das respostas num dos pontos extremos, na maioria dos casos no pólo de máxima adaptabilidade. Atente-se especialmente nos ASQ:SE 6M e 12M, nos quais há itens com 100% das respostas concentradas no pólo *Quase Sempre* (respectivamente, item 7: “Quando está acordado, o seu bebé parece gostar de ouvir e olhar para as pessoas?”; item 11: “O seu bebé interessa-se pelo que o rodeia, por exemplo pessoas, brinquedos e alimentos?”). Assim, em todos os ASQ:SE, há itens com uma distribuição pobre, i.e., itens com uma grande aglomeração de respostas num dos pólos e itens em que nem todas as opções de resposta são assinaladas pelos sujeitos. Seguidamente, será apresentada a análise das qualidades psicométricas das oito versões do instrumento.

2.2.2. Análise das qualidades psicométricas

Fidelidade

Seguindo o procedimento adoptado pelas autoras dos ASQ:SE, procedeu-se à análise da fidelidade dos ASQ:SE, através do índice de consistência interna (*alpha* de Cronbach), indicador também utilizado no estudo original. A consistência interna refere-se ao grau de interrelação entre os itens de um instrumento, condição necessária (mas não suficiente) para a homogeneidade do mesmo (Cortina, 1993). Os coeficientes obtidos são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12
Valor de *alpha* para os ASQ:SE

Questionário	Número de itens	<i>alpha</i>
ASQ:SE 6M	17 ^(a)	0,65
ASQ:SE 12M	21	0,60 ^(b)
ASQ:SE 18M	25	0,64 ^(c)
ASQ:SE 24M	25	0,69
ASQ:SE 30M	28	0,71 ^(d)
ASQ:SE 36M	30	0,67 ^(e)
ASQ:SE 48M	32	0,71 ^(f)
ASQ:SE 60M	32	0,69 ^(g)

^(a) Item 7 excluído por apresentar uma variância igual a zero

^(b) *Alpha* aumenta para 0,64 se o item 13 for eliminado

^(c) *Alpha* aumenta para 0,66 se o item 4 for eliminado

^(d) *Alpha* aumenta para 0,72 se o item 16 for eliminado

^(e) *Alpha* aumenta para 0,70 se o item 30 for eliminado

^(f) *Alpha* aumenta para 0,74 se o item 32 for eliminado

^(g) *Alpha* aumenta para 0,71 se o item 32 for eliminado

Através da leitura do Quadro 12, verifica-se que os valores de consistência interna variam entre 0,60 e 0,71. Os ASQ:SE 30M e 48M são os únicos que atingem o valor mínimo aceitável de consistência interna (acima de 0,70). Note-se que a maioria dos coeficientes tende a aumentar, caso determinados itens sejam eliminados (12M [item 13: *“Tanto o bebé como o adulto gostam de fazer refeições em conjunto?”*], 18M [item 4: *“O seu filho/filha procura-a(o) quando um estranho se aproxima?”*], 30M [item 16: *“O seu filho/filha tem algum tipo de problema com a alimentação, tal como comer demasiado, vomitar, comer coisas que não são alimentos, ou outro?”*], 36M [item 30: *“O seu filho/filha mostra conhecimento ou interesse pela sexualidade?”*], 48M [item 32: *“O seu filho/filha mostra conhecimento ou interesse pela sexualidade?”*] e 60M [item 32: *“O seu filho/filha mostra conhecimento ou interesse pela sexualidade?”*]). Tal poderá dever-se à sua baixa correlação com a escala total, o que significa que não estão a medir o mesmo constructo que os restantes itens. Neste caso, a sua eliminação deverá ser ponderada, especialmente no que concerne ao item acerca do conhecimento ou interesse pela sexualidade.

Validade

À semelhança do que fizeram as autoras dos ASQ:SE, começou-se por definir os pontos de corte para cada versão, para que se pudesse prosseguir com o estudo da validade. Para isso, as autoras definiram seis factores de risco, obtidos através dos dados sociodemográficos e informações clínicas dos participantes: a) NSE baixo; b) idade da mãe inferior a 18 anos; c) escolaridade da mãe inferior ao secundário; d)

envolvimento da família com serviços de protecção de menores; e) família de acolhimento; f) criança com peso reduzido. Para o presente estudo, seleccionaram-se apenas três factores de risco (a, b e c), uma vez as restantes informações não constavam no questionário sociodemográfico. Seguidamente, com base nos critérios definidos pelas autoras, classificaram-se os participantes segundo o risco de desenvolvimento de perturbações de carácter sócio-emocional. Assim, sujeitos que apresentavam **nenhum ou um factor de risco** foram classificados como “sem risco”; e os sujeitos que apresentavam **dois ou mais factores de risco** foram classificados como “em risco”.

Após esta classificação, como aconselhado pelas autoras, os pontos de corte originais foram modificados, com base nos valores de semi-interquartil e nos dados obtidos através do procedimento estatístico *Receiver Operating Characteristics Curve* (doravante designado curva ROC). Obtiveram-se, assim, diversos pontos de corte possíveis, associados aos respectivos valores de sensibilidade e especificidade. Face a isto, procedeu-se à tomada de decisão relativamente aos melhores pontos de corte a adoptar.

Como para qualquer instrumento de despiste, foi necessário explorar as alternativas e encontrar valores que “maximizam a identificação de indivíduos que necessitam de avaliação (i.e., verdadeiros positivos), enquanto minimizam a identificação de indivíduos que não necessitam de mais avaliação (i.e., falsos positivos) e minimizando a não-identificação de indivíduos que necessitam de avaliação (i.e., falsos negativos)” (Squires *et al.*, 2002b, p. 81).

O valor da área sob a curva ROC deve estar acima de 0,50 e, quanto mais alto, maior o poder discriminativo do instrumento. Embora um valor de 0,50 seja considerado o mínimo aceitável, um questionário com essa área apresenta o mesmo poder discriminativo que uma escolha ao acaso, sendo que não se trata de um valor desejável (Streiner & Cairney, 2007; Pinteá & Moldovan, 2009).

Os novos pontos de corte são apresentados no Quadro 13, bem como valores de semi-interquartil, os pontos de corte obtidos através da curva ROC, os valores de sensibilidade e especificidade a que correspondem e as áreas sob a curva ROC. Os pontos de corte portugueses derivam da comparação entre os valores de semi-interquartil e os valores da curva ROC. O critério final de selecção do ponto de corte óptimo foi a obtenção de valores máximos de sensibilidade e especificidade, de forma a maximizar os verdadeiros positivos e os verdadeiros negativos.

Quadro 13

Pontos de corte, sensibilidade, especificidade e área sob a curva

Questionário	N	Semi-interquartis	Pontos de corte ROC	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Área sob a curva	Pontos de corte finais
ASQ:SE 6M	96	15	22,50	56	26	0,69	20
ASQ:SE 12M	116	25	27,50	62	37	0,70	25
ASQ:SE 18M	135	25	27,50	50	42	0,53	25
ASQ:SE 24M	135	25	32,50	41	39	0,51	30
ASQ:SE 30M	149	32,50	52,50	54	27	0,70	50
ASQ:SE 36M	158	41,88	52,50	63	42	0,55	50
ASQ:SE 48M	168	39,38	57,50	58	40	0,65	55
ASQ:SE 60M	183	47,50	52,50	63	51	0,55	55

Pela leitura do Quadro 13, verifica-se que todas as versões do ASQ:SE apresentam uma área sob a curva superior a 0,50, sendo que o questionário que pior discrimina os sujeitos é o ASQ:SE 24M e os que melhor discriminam são os ASQ:SE 12M e 30M.

Na Figura 1, é possível observar a percentagem de participantes que se encontra acima dos pontos de corte, para as respectivas versões do ASQ:SE.

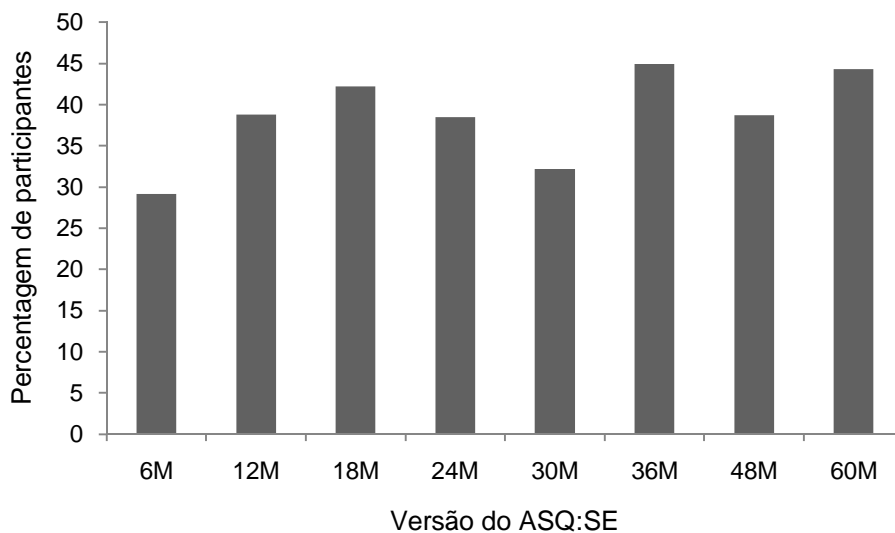


Figura 1

Número de participantes com pontuação acima do ponto de corte, para cada versão do ASQ:SE

De acordo com a Figura 1, o ASQ:SE 36M é o questionário que apresenta um maior número de crianças em risco (44,9% dos participantes), com base no ponto de corte obtido. Seguem-se os ASQ:SE 60M (44,3%), 18M (42,2%), 12M (38,8%), 48M (38,7%), 24M (38,5%), 30M (32,2%) e, por fim, 6M (29,2%).

Prosseguiu-se para o estudo da **validade com referência a um critério**, à semelhança do estudo original. A medida de critério utilizada foi o CBCL 1^{1/2}-5 anos² (Achenbach & Rescorla, 2000), pelo que só foi possível realizar a comparação dos resultados para os participantes com mais de 18 meses. Deste modo, a validade de critério não foi calculada para os ASQ:SE 6M, 12M e 18M. No caso dos restantes ASQ:SE, só foi possível aplicar o CBCL 1^{1/2}-5 anos a uma parte da amostra, uma vez que a recolha de dados já estava a decorrer. Tal atraso deveu-se a questões relacionadas com a disponibilidade do manual do ASQ:SE, com a tomada de decisão acerca das análises estatísticas a realizar e com a disponibilidade deste instrumento.

Os participantes foram classificados como “sem risco” ou “em risco”, agora com base nos resultados dos questionários, tendo como referência os pontos de corte definidos para o ASQ:SE. Foi feita a mesma classificação com base nos resultados do CBCL 1^{1/2}-5.

Estas classificações permitiram comparar os resultados em ambos os instrumentos, segundo quatro prismas (Squires *et al.*, 2002b): a) O ASQ:SE e o CBCL 1^{1/2}-5 classificam a criança como “sem risco” (verdadeiros negativos); b) O ASQ:SE e o CBCL 1^{1/2}-5 classificam a criança como “em risco” (verdadeiros positivos); c) O ASQ:SE classifica a criança como “sem risco” e o CBCL 1^{1/2}-5 como “em risco” (falsos negativos); d) O ASQ:SE classifica a criança como “em risco” e o CBCL 1^{1/2}-5 como “sem risco” (falsos positivos).

Através desta comparação, foi possível calcular os valores de sensibilidade, especificidade, sobre-referenciação e sub-referenciação para cada versão do ASQ:SE. Um exemplo dos quadros obtidos com estes dados e as fórmulas de cálculo da sensibilidade, especificidade, sobre-referenciação e sub-referenciação pode ser consultado no Anexo C.

Apesar de tudo, os resultados devem ser aceites com reservas, já que a medida de critério encontra-se ainda em processo de validação. Não obstante, consideramos relevante prosseguir com esta exploração estatística.

Assim, para o ASQ:SE 24M, ambos os instrumentos foram aplicados a 16 crianças (12% da amostra total). Esta comparação originou os Quadros 16 e 17.

² O CBCL 1^{1/2}-5 anos utilizado foi o questionário traduzido e adaptado por Gonçalves, Dias e Machado (s/d), cujo estudo psicométrico aguarda o término da recolha de dados. Foram utilizados os pontos de corte de **12,7** para a Internalização e de **14,8**, para a Externalização, como definido pelos investigadores.

Quadro 16

Acordo entre o ASQ:SE 24M e o CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE 24M	Risco (positivo)	3	7
	Bem (negativo)	1	5

Quadro 17

Valores para a sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo entre o ASQ:SE 24M e o CBCL 1^{1/2}-5

SN	SP	FP	FN	GA	SoR	SuR	R	VPP
75%	42%	58%	25%	50%	44%	6%	62,5%	30%

Legenda: SN – Sensibilidade; SP – Especificidade; FP – Falsos Positivos; FN – Falsos Negativos; GA – Grau de Acordo; SoR – Sobre-Referenciação; SuR – Sub-Referenciação; R – Referenciações; VPP – Valor Preditivo Positivo

O grau de acordo com o CBCL 1^{1/2}-5 foi de 50%, sendo que oito dos 16 sujeitos tiveram resultados coincidentes nos dois instrumentos. Não existe uma correlação significativa entre as cotações totais do ASQ:SE 24M e do CBCL 1^{1/2}-5 ($r=0,24$, $p=0,38$). Existe um alto nível de sobre-referenciações (44%) e um nível baixo de sub-referenciações (6%), uma vez que apenas um dos sujeitos foi classificado como “sem risco” pelo ASQ:SE 24M e como “em risco” pelo CBCL 1^{1/2}-5.

No caso do ASQ:SE 30M, os instrumentos foram aplicados a 24 crianças (16% da amostra total), permitindo a construção dos Quadros 18 e 19, apresentados de seguida.

Quadro 18

Acordo entre o ASQ:SE 30M e o CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE 30M	Risco (positivo)	4	4
	Bem (negativo)	1	15

Quadro 19

Valores para a sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo entre o ASQ:SE 30M e o CBCL 1^{1/2}-5

SN	SP	FP	FN	GA	SoR	SuR	R	VPP
80%	79%	21%	20%	79%	17%	4,2%	33,3%	50%

Legenda: SN – Sensibilidade; SP – Especificidade; FP – Falsos Positivos; FN – Falsos Negativos; GA – Grau de Acordo; SoR – Sobre-Referenciação; SuR – Sub-Referenciação; R – Referenciações; VPP – Valor Preditivo Positivo

O grau de acordo com o CBCL 1^{1/2}-5 foi de 79%, sendo que 19 dos 24 sujeitos obtiveram um resultado coincidente em ambos os instrumentos. Destes, apenas um foi considerado “sem risco” pelo ASQ:SE 30M e “em risco” pelo CBCL 1^{1/2}-5. Neste sentido, embora a sobre-referenciação seja elevada (17%), a sub-referenciação não vai além dos 4,2%. As cotações totais do ASQ:SE 30M e do CBCL 1^{1/2}-5 estão significativa e altamente correlacionadas ($r=0,69$, $p<0,01$).

No que concerne ao ASQ:SE 36M, os instrumentos foram aplicados a 29 crianças (18% da amostra total), tendo-se construído os Quadros 20 e 21.

Quadro 20

Acordo entre o ASQ:SE 36M e o CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE 36M	Risco (positivo)	13	3
	Bem (negativo)	4	9

Quadro 21

Valores para a sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo entre o ASQ:SE 36M e o CBCL 1^{1/2}-5

SN	SP	FP	FN	GA	SoR	SuR	R	VPP
76%	75%	25%	23,5%	76%	10%	14%	55%	81%

Legenda: SN – Sensibilidade; SP – Especificidade; FP – Falsos Positivos; FN – Falsos Negativos; GA – Grau de Acordo; SoR – Sobre-Referenciação; SuR – Sub-Referenciação; R – Referenciações; VPP – Valor Preditivo Positivo

Este instrumento apresenta um grau de acordo com o CBCL 1^{1/2}-5 de 76%, sendo que 22 dos 29 sujeitos avaliados obtiveram classificações sobreponíveis nos instrumentos. Neste sentido, o ASQ:SE 36M origina 10% de sobre-referenciações e

14% de sub-referenciações. A cotação do ASQ:SE 36M está significativa e altamente correlacionada com a cotação do CBCL 1^{1/2}-5 ($r=0,59$, $p<0,01$).

Para o ASQ:SE 48M, os instrumentos foram aplicados a 18 crianças (11% da amostra total). Esta comparação permitiu a construção dos Quadros 22 e 23.

Quadro 22

Acordo entre o ASQ:SE 48M e o CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE 48M	Risco (positivo)	8	2
	Bem (negativo)	2	6

Quadro 23

Valores para a sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo entre o ASQ:SE 48M e o CBCL 1^{1/2}-5

SN	SP	FP	FN	GA	SoR	SuR	R	VPP
80%	75%	11%	11%	77,8%	11%	11%	55,6%	55,6%

Legenda: SN – Sensibilidade; SP – Especificidade; FP – Falsos Positivos; FN – Falsos Negativos; GA – Grau de Acordo; SoR – Sobre-Referenciação; SuR – Sub-Referenciação; R – Referenciações; VPP – Valor Preditivo Positivo

Os resultados ASQ:SE 48M apresentam um acordo de 78% com os do CBCL 1^{1/2}-5, sendo que 14 dos 18 sujeitos avaliados apresentam classificações coincidentes. Este questionário dá origem a 11% de sobre-referenciações e sub-referenciações, valores relativamente altos. Apesar do elevado grau de acordo, a correlação entre as cotações do ASQ:SE 48M e do CBCL 1^{1/2}-5 não é significativa ($r=0,25$, $p=0,40$).

Por fim, no que diz respeito ao ASQ:SE 60M, os instrumentos foram aplicados a 18 crianças (9,8% da amostra total), para a construção dos Quadros 24 e 25.

Quadro 24

Acordo entre o ASQ:SE 60M e o CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE 60M	Risco (positivo)	6	4
	Bem (negativo)	4	4

Quadro 25

Valores para a sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo entre o ASQ:SE 60M e o CBCL 1^{1/2}-5

SN	SP	FP	FN	GA	SoR	SuR	R	VPP
60%	50%	50%	40%	55,6%	22%	22%	55,6%	60%

Legenda: SN – Sensibilidade; SP – Especificidade; FP – Falsos Positivos; FN – Falsos Negativos; GA – Grau de Acordo; SoR – Sobre-Referenciação; SuR – Sub-Referenciação; R – Referenciações; VPP – Valor Preditivo Positivo

Este questionário apresenta um acordo de 56% com o CBCL 1^{1/2}-5, apresentando um grande número de falsos negativos (quatro sujeitos) e de falsos positivos (quatro sujeitos). A correlação entre as cotações dos dois instrumentos não é significativa. ($r=0,21$, $p=0,42$).

Ainda ao nível da validade e seguindo o procedimento adoptado para os ASQ:SE originais, foi avaliada a **validade de grupos conhecidos**, através da investigação das diferenças entre grupos (Spector, 1992, *In Squires et al.*, 2002b). Após a distribuição dos participantes de acordo com os seus grupos de risco (“em risco” ou “sem risco”), calcularam-se as diferenças entre o risco apresentado pelas crianças e os seus resultados nos ASQ:SE, através do teste não-paramétrico Mann-Whitney³. Não se encontraram diferenças significativas na cotação total entre crianças classificadas como “em risco” e “sem risco”, para os ASQ:SE 6M ($Z=-1,89$, $p=0,06$), 18M ($Z=-0,52$, $p=0,60$), 24M ($Z=-0,44$, $p=0,66$), 36M ($Z=-0,46$, $p=0,64$) e 60M ($Z=-0,78$, $p=0,44$). No entanto, encontraram-se diferenças significativas para os ASQ:SE 12M ($Z=-2,35$, $p<0,05$), 30M ($Z=-3$, $p<0,01$) e 48M ($Z=-1,99$, $p=0,05$).

O estudo psicométrico apresentado no manual do instrumento termina com estas análises. Contudo, no contexto deste estudo, foi pertinente explorar a validade de constructo e de conteúdo do instrumento. Considerou-se necessário aprofundar o estudo da validade, uma vez que a medida de critério ainda não se encontrava validada à data de conclusão desta investigação e, portanto, a validade com referência a um critério parecia insuficiente. Segundo Morey (2003), o desenvolvimento de um instrumento deve incluir uma elaboração e especificação do constructo que este procura medir, sendo que deve ser avaliado no contexto de uma rede teórica, que formula hipóteses explícitas acerca das interrelações entre os indicadores de vários

³ As autoras dividiram os sujeitos em quatro grupos (“em risco”, “sem risco”, “problemas de desenvolvimento” e “diagnóstico de perturbação sócio-emocional”) e compararam as diferenças nas cotações com o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Contudo, face a constrangimentos relacionados com a amostra, apenas foi possível dividir os sujeitos de acordo com os dois primeiros grupos.

constructos. Os procedimentos e resultados descritos seguidamente dizem respeito à análise da **validade de constructo** que, com efeito, constitui uma das medidas centrais para o conhecimento daquilo que efectivamente está a medir um instrumento, numa dada cultura. Sublinhe-se que, não tendo sido apresentada a validade de constructo no estudo original, não será possível fazer uma comparação dos seus resultados, a este nível.

Ao considerar os itens de um questionário, é necessário conhecer os itens que medem cada constructo, informação que pode ser obtida através da Análise Factorial (Gorsuch, 2003). Neste sentido, o procedimento utilizado para aferir a validade de constructo dos ASQ:SE foi a Análise Factorial Exploratória (AFE)⁴, na qual não serão considerados os itens de resposta aberta. Como medida prévia da adequabilidade da AFE, realizou-se a apreciação das correlações entre as variáveis, mediante o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do Teste de Esfericidade de Bartlett. De acordo com Almeida e Freire (2008), para que a AFE seja considerada adequada, o primeiro deve apresentar um valor igual ou superior a 0,60 e o segundo deve apresentar significância estatística. O valor de KMO para os ASQ:SE 18M, 30M e 36M não atingiu o valor mínimo (KMO=0,58 para os três), facto que invalida a utilização da AFE e razão pela qual a validade de constructo não será analisada para estes instrumentos.

Assim, no que concerne à análise da validade de constructo, realizou-se uma AFE para os 25 itens do **ASQ:SE 24M** (cf. Quadro 26, Anexo D), com avaliação prévia da adequação deste procedimento. O valor de KMO foi de 0,61 e o Teste de Esfericidade de Bartlett atingiu a significância estatística, apoiando a realização da análise factorial. A AFE em componentes principais extrai nove factores, com base no critério dos valores próprios superiores a 1 e com rotação *varimax*. Estes factores explicam 60,58% da variância. Os coeficientes de saturação são adequados para todos os itens, uma vez que as suas magnitudes são superiores a 0,32, valor mínimo para aceitar um coeficiente deste tipo (Tabachnick & Fidell, 2001, *In* Osborne & Costello, 2005; Harrington, 2009). Os valores de comunalidade também são bons para todos os itens, uma vez que são superiores a 0,40, valor definido como aceitável (Osborne & Costello, 2005), pelo que podem ser considerados moderados. A estrutura factorial não é clara, uma vez que os itens estão distribuídos de forma não coincidente com as dimensões que deveriam medir, i.e., apresentam saturações não coincidentes com as dimensões definidas pelo modelo teórico do ASQ:SE 24M original. Para além

⁴ Os ASQ:SE 6M e 12M foram excluídos desta análise, já que alguns dos seus itens (7 e 11, respectivamente) apresentaram variância igual a zero, razão pela qual não é possível realizar a AFE.

disso, o facto de os factores 4, 6, 8 e 9 apresentarem menos de três itens indica que são demasiado fracos e instáveis (Osborne & Costello, 2005).

Tendo por base os factores extraídos pela AFE, procurou-se verificar se seriam consistentes, através da análise do *alpha* de Cronbach (cf. Quadro 27, Anexo D). Os valores obtidos para alguns factores estão muito distantes dos valores ideais de consistência interna. O factor 4 (constituído pelos itens 23 [*“O seu filho/filha magoa-se a si próprio, propositadamente?”*] e 24 [*“O seu filho/filha gosta de estar com outras crianças?”*]) é o único que apresenta uma consistência interna razoável.

No que concerne à análise da validade de constructo do **ASQ:SE 48M**, o valor de KMO foi de 0,65 e o Teste de Esfericidade de Bartlett atingiu a significância estatística. Da AFE em componentes principais extraíram-se 11 factores que explicam 61,22% da variância total, com base no critério dos valores próprios superiores a 1 e com rotação *varimax* (cf. Quadro 28, Anexo E). Os coeficientes de saturação apresentam-se adequados para todos os itens, bem como os valores de comunalidade. No entanto, a estrutura factorial não é clara, uma vez que os itens estão distribuídos de forma não coincidente com as dimensões que deveriam medir, i.e., apresentam saturações não coincidentes com as dimensões definidas pelo modelo teórico do ASQ:SE 48M original. Para além disso, há itens que saturam em vários factores (itens 1, 2, 3, 4, 7, 13, 16, 21, 24, 26, 27, 29 e 32) e factores que são compostos por menos de três itens (factores 8, 9 e 10), o que indica que são demasiado fracos e instáveis (Osborne & Costello, 2005).

Tendo por base os 11 factores extraídos através da AFE, analisou-se a consistência interna de cada um destes (cf. Quadro 29, Anexo E), sendo que o factor 1 é o único com um valor de *alpha* satisfatório. Alguns factores chegam mesmo a apresentar valores negativos. Este factor é constituído pelos itens 4 (*“Quando está rabugento, o seu filho/filha é capaz de se acalmar em 15 minutos?”*), 8 (*“O seu filho/filha chora, grita ou faz birras por longos períodos de tempo?”*), 16 (*“O seu filho/filha parece ser mais activo do que outras crianças da sua idade?”*), 23 (*“O seu filho/filha magoa-se a si próprio, propositadamente?”*), 25 (*“O seu filho/filha destrói ou estraga coisas propositadamente?”*) e 31 (*“O seu filho/filha tenta magoar outras crianças, adultos ou animais [voluntariamente, dar pontapés, morder, etc.]?”*).

Para inferir a existência de validade de constructo do **ASQ:SE 60M**, antes de realizar a AFE, foi calculado o valor de KMO (0,63) e foi realizado o Teste de Esfericidade de Bartlett, que atingiu a significância estatística. A AFE em componentes principais extraiu 12 factores, com base no critério dos valores próprios superiores a 1

e com rotação *varimax*, que explicam 62,90% da variância total (cf. Quadro 30, Anexo F). Os coeficientes de saturação revelam-se adequados para todos os itens, o mesmo acontecendo para os valores de comunalidade. Apesar disso, a estrutura factorial obtida não coincide com aquela que seria de esperar, de acordo com as dimensões originais. Para além disso, há itens que saturam em vários factores (itens 2, 5, 8, 9, 11, 17, 20, 23 e 24) e factores que são compostos por menos de três itens (factores 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), o que indica que são demasiado fracos e instáveis (Osborne & Costello, 2005).

Com base nos factores extraídos, procurou-se analisar a sua consistência interna (cf. Quadro 31, Anexo F). O factor 5, constituído pelos itens 18 (“O seu filho/filha recorre a palavras para lhe comunicar o que quer ou precisa?”) e 19 (“O seu filho/filha recorre a palavras para descrever os seus sentimentos e os sentimentos dos outros, como por exemplo ‘Estou contente’, ‘Eu não gosto disto’ ou ‘Ela está triste?’”), é o único com um valor de consistência interna aceitável. Os restantes factores oscilam entre valores de *alpha* demasiado baixos ou medíocres.

Como se pode verificar pela análise dos dados obtidos através das AFE realizadas, nenhuma das versões portuguesas dos ASQ:SE apresenta uma distribuição dimensional igual àquela que foi teoricamente estabelecida pelas autoras dos instrumentos originais. Por esta razão, procurou-se explorar a **validade de conteúdo**, de forma a verificar se os ASQ:SE teriam subjacente outra estrutura dimensional, que permitisse dar sentido aos resultados obtidos através das AFE. Este tipo de validade é, geralmente, analisada na fase de construção dos instrumentos (Nunnally & Bernstein, 1994). Contudo, dada a ausência de correspondência entre os factores resultantes das AFE com a distribuição teórica das dimensões propostas pelas autoras e por se tratar de uma população culturalmente diferente, optou-se por solicitar a opinião de um especialista no desenvolvimento da criança, quanto à correspondência dos itens com dimensões do comportamento sócio-emocional.

Assim, foram entregues ao especialista os itens dos ASQ:SE e as idades aos quais correspondiam, sem qualquer indicação prévia das dimensões teóricas definidas pelas autoras. Optou-se por esta avaliação “cega”, para que a estrutura dimensional do especialista não fosse condicionada pelo número de dimensões e denominação originais. Através deste procedimento, pretendia-se testar simultaneamente: a) O número de dimensões extraídas; b) A convergência das designações atribuídas a cada dimensão; c) Os itens que compõem cada dimensão. Nesta linha de pensamento, esta análise teria o objectivo de verificar se as dimensões definidas pelo especialista

corresponderiam às dimensões obtidas através da análise factorial. Por razões práticas, optou-se por analisar globalmente os itens e as dimensões, sem fazer uma divisão por questionário, uma vez que há itens que se sobrepõem ao longo de vários questionários e todas as dimensões estão representadas nas diferentes versões.

Da análise de todos os itens das oito versões do ASQ:SE, por parte do especialista no desenvolvimento da criança, extraíram-se 16 dimensões (cf. Quadro 32, Anexo G). Lembra-se que os ASQ:SE originais possuíam sete dimensões teóricas (*auto-regulação*, *conformidade*, *comunicação*, *funcionamento adaptado*, *autonomia*, *afecto* e *interacção com os outros*). As designações atribuídas pelo especialista foram as seguintes: a) *Regulação emocional* (12 itens); b) *Emocionalidade positiva* (13 itens); c) *Emocionalidade negativa* (dois itens); d) *Temperamento difícil* (nove itens); e) *Temperamento fácil* (três itens); f) *Comunicação* (seis itens); g) *Saúde* (seis itens); h) *Atenção* (10 itens); i) *Linguagem* (quatro itens); l) *Agressividade* (três itens); m) *Inadequação* (quatro itens); n) *Obediência* (quatro itens); o) *Sociabilidade* (sete itens); p) *Actividade* (dois itens); q) *Controlo de esfíncteres* (dois itens); e r) *Empatia* (1 item). Algumas destas parecem coincidir, teoricamente, com as dimensões originais, nomeadamente a *regulação emocional* (*auto-regulação*, no original), *comunicação* (igual ao original), *inadequação* (*funcionamento adaptado*, no original), *sociabilidade* (*interacção*, no original) e *obediência* (*conformidade*, no original). Para além disso, alguns dos itens que o especialista identifica como *emocionalidade positiva* parecem corresponder às dimensões originais da *interacção* e do *afecto* (tendo em conta as definições que as autoras atribuem a cada dimensão). No geral, é possível estabelecer algum paralelismo entre a classificação do especialista e a original, embora a designação da categoria seja diferente. Não há qualquer referência a uma dimensão de *autonomia* na análise do especialista consultado.

Note-se, ainda, que alguns itens são agrupados em duas dimensões (e.g., item “O seu bebé dá-lhe a entender quando tem fome ou está doente?”, que corresponde às dimensões *temperamento difícil* e *comunicação*, definidas pelo especialista), algo que também aconteceu na AFE (alguns itens apresentavam saturações válidas em mais do que um factor). Este facto corrobora a complexidade e interdependência dos vários domínios do comportamento sócio-emocional.

A discussão dos resultados obtidos será apresentada de seguida.

2.3. Discussão dos resultados

Face à importância de que se reveste a avaliação psicológica na prática clínica, para identificar perturbações, delinear intervenções e prever comportamentos futuros, é fundamental que os instrumentos utilizados apresentem bons resultados a nível psicométrico. Tendo isto em mente, é possível tecer alguns comentários e discutir os resultados relacionados com a análise deste tipo de qualidades, nos oito instrumentos abordados.

Antes de passar à análise das propriedades psicométricas propriamente ditas, concentremo-nos na **análise da distribuição** das respostas aos ASQ:SE. De acordo com Pais Ribeiro (1999), um bom item deve ter todas as suas alternativas de resposta assinaladas e, ainda, apresentar uma distribuição normal das suas respostas. Considerando estes critérios, ao observar os coeficientes de assimetria e curtose, bem como os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov, verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal, em nenhum dos questionários. Para além disso, ao analisar as percentagens de resposta aos ASQ:SE, verifica-se que existem itens para os quais algumas opções de resposta nunca chegam a ser assinaladas. Este resultado, teoricamente, indicará que os itens não apresentam uma sensibilidade suficiente àquilo que se pretende avaliar. Contudo, é necessário ter presente a ausência de um grupo clínico na amostra, à qual se poderiam aplicar as respostas ausentes no restante grupo de opções. Adoptando, ainda teoricamente, outra perspectiva, esses resultados também podem estar relacionados com a validade facial dos questionários, i.e., à percepção de que estes medem o que é suposto medir (Kline, 1979, *In* Almeida & Freire, 2008), por parte dos sujeitos. Esta percepção permite que o participante se aperceba daquilo que se procura com a resposta ao item e, influenciado pela desejabilidade social (tendência para responder de acordo com aquilo que é socialmente desejado) e/ou pelo efeito de leniência (tendência para realizar uma auto e hetero-avaliação favoráveis ao sujeito), forneça uma resposta coerente com isso, de forma consciente ou inconsciente. Aplicando esta hipótese aos ASQ:SE, poder-se-á pensar que um pai que percepcione determinada resposta como “correcta”, esperada e normativa, tenderá a assinalá-la, mesmo que haja outra que se aplique melhor à criança em questão. Face a este problema, poder-se-á discutir se estes itens devem ser mantidos nesta forma. No entanto, é possível que estes efeitos tenham surgido por se tratar do contexto de uma investigação. Nesta linha de pensamento, o mesmo pode não acontecer no contexto clínico, no qual o cuidador poderá estar sensibilizado para uma identificação mais precisa das necessidades da criança. Ainda no que diz respeito à normalidade da distribuição, a ausência desta

condição é natural, no caso das ciências sociais, uma vez que é comum que as respostas a instrumentos de diagnóstico sejam positivamente assimétricas, dado o facto de a maioria das pessoas apresentar poucos sintomas de uma determinada condição clínica (Pallant, 2001). Tal também será válido para os ASQ:SE, apesar de se tratarem de instrumentos de despiste e não especificamente de diagnóstico.

Discutindo, agora, a **fidelidade** dos ASQ:SE, verificou-se que os valores de *alpha* obtidos para as versões portuguesas são sempre mais baixos do que os das versões originais (cf. Quadro 33).

Quadro 33

Comparação dos valores de alpha para os ASQ:SE originais e os da amostra portuguesa

Questionário	Alpha dos ASQ:SE originais	Alpha dos ASQ:SE portugueses
ASQ:SE 6M	0,69	0,65
ASQ:SE 12M	0,67	0,60
ASQ:SE 18M	0,81	0,64
ASQ:SE 24M	0,80	0,69
ASQ:SE 30M	0,88	0,71
ASQ:SE 36M	0,89	0,67
ASQ:SE 48M	0,91	0,71
ASQ:SE 60M	0,91	0,69

No que concerne à **definição dos pontos de corte**, tendo por base a amostra obtida, torna-se útil comparar os pontos de corte portugueses com aqueles obtidos no estudo original norte-americano (Squires *et al.*, 2002b) e no estudo de adaptação e validação malaio (Toran, 2007). Salienta-se que o estudo malaio foi apenas realizado para os ASQ:SE 6M, 12M e 18M, razão pela qual só é comparado com estas três versões portuguesas. Comparativamente às médias de resultados norte-americanas, as médias da população portuguesa são inferiores, para os ASQ:SE 6M, 12M, 18M, 24M e 48M (cf. Quadro 34, Anexo H). Para os restantes, a média portuguesa é superior à norte-americana. No que se refere à amplitude dos resultados, os únicos dados norte-americanos acedidos dizem respeito aos ASQ:SE 6M, 12M e 18M. Não obstante, verifica-se que a amplitude dos resultados portugueses é menor. O mesmo acontece quando se comparam os resultados portugueses com os malaio. Quer a média, quer a amplitude destes últimos são sempre superiores ao da população portuguesa. Dada a amplitude inferior dos resultados portugueses, parece lógica a obtenção de pontos de corte mais baixos do que os das restantes populações. Estas

diferenças podem estar relacionadas com a amostra (e.g., ausência de um grupo clínico, no caso da amostra portuguesa) ou com diferenças culturais.

Quanto à **validade de critério**, verifica-se que o ASQ:SE 30M é o que apresenta maior acordo com os resultados obtidos através do CBCL 1^{1/2}-5, apresentando maiores níveis de sensibilidade e especificidade e menores níveis de sub-referenciação, contrariamente ao que aconteceu com a amostra norte-americana. Parece ser, de entre todos os analisados, o que melhor discrimina entre os sujeitos, facto já verificado através dos resultados obtidos na curva ROC (área sob a curva). É, também, um dos ASQ:SE mais consistentes ($\alpha=0,71$). Apesar disso, para todos os ASQ:SE analisados com referência ao CBCL 1^{1/2}-5, parece existir um número elevado de sobre-referenciações, o que pode significar uma de duas coisas: o ASQ:SE sobrevaloriza alguns comportamentos, no sentido que os identifica demasiadas vezes como problemáticos, levando ao aumento do número de falsos positivos; ou a medida de critério ignora determinados comportamentos de risco, originando falsos negativos (Squires *et al.*, 2002b). Sublinha-se, no entanto, que o CBCL 1^{1/2}-5 se trata de um instrumento de diagnóstico, razão pela qual será mais rigoroso na identificação de problemas do comportamento do que os ASQ:SE, que almejam ser apenas instrumentos de despiste. Com isto poder-se-á concluir que os níveis altos de sobre-referenciação dos ASQ:SE não serão graves, no sentido em que o objectivo é identificar comportamentos que podem ter subjacente uma perturbação do comportamento sócio-emocional e implicar uma avaliação mais profunda, completa e rigorosa dos mesmos. Apesar de tudo, os ASQ:SE 30M, 36M e 48M parecem apresentar validade de critério, dado apresentarem um grau de concordância superior a 70%, relativamente à medida de critério. Através da leitura do Quadro 35, é possível comparar o grau de acordo entre o ASQ:SE e as medidas de critério, no caso norte-americano e no caso português.

Quadro 35

Comparação do grau de acordo entre os ASQ:SE e o CBCL 1^{1/2}-5, para as amostras original e portuguesa

Questionário	Grau de acordo original (%)	Grau de acordo português (%)
ASQ:SE 24M	89,5	50
ASQ:SE 30M	87,8	79
ASQ:SE 36M	89,9	76
ASQ:SE 48M	92,0	77,8
ASQ:SE 60M	94,0	55,6

Note-se que as versões portuguesas apresentam graus de acordo inferiores. Tal pode dever-se, não só às diferenças culturais, mas também ao facto de se ter utilizado o CBCL 1^{1/2}-5, ao invés do CBCL 2-3, presente no estudo original. Não obstante, há ASQ:SE com graus de acordo satisfatórios. No entanto, é importante salientar o facto de que outras medidas de critério são necessárias, já que o CBCL 1^{1/2}-5 ainda não se encontra validado para a população portuguesa e, ainda, porque este não é um instrumento de despiste, mas de diagnóstico de psicopatologia efectiva.

No que à **validade de grupos conhecidos** diz respeito, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre crianças, de acordo com o risco, para os ASQ:SE 12M, 30M e 48M. Estes resultados diferem dos norte-americanos, na medida em que, nestes últimos, encontraram-se diferenças significativas em todos os ASQ:SE. Não obstante, é interessante verificar que os questionários que melhor discriminam os sujeitos, na amostra portuguesa (ASQ:SE 12M, 30M e 48M), tratam-se também dos questionários com melhores resultados na curva ROC, relativamente à área sob a curva (discriminação entre sujeitos). Para além disso, os dois últimos são os que apresentam o melhor grau de acordo com a medida de critério. Não será surpreendente, portanto, que surjam como os ASQ:SE que melhor discriminam as crianças em risco das restantes.

Considerando agora as análises que não foram realizadas no estudo original e que, por essa razão, não podem ser comparadas com o mesmo, atente-se na **validade de constructo**. Como já foi referido, esta foi medida através da AFE, para os ASQ:SE 24M, 48M e 60M. Não foi possível fazer o mesmo para os restantes questionários, por não cumprirem os requisitos estatísticos para tal (i.e., valores de KMO). A análise da dimensionalidade dos ASQ:SE permitiria estabelecer a validade factorial dos instrumentos e, conseqüentemente, a de constructo. Através desta, pretendia-se verificar se os questionários estariam, de facto, a medir as dimensões que as autoras originais pretendiam. No entanto, esta tarefa revestiu-se de alguma dificuldade, uma vez que não foi um procedimento seguido na análise dos ASQ:SE originais e, portanto, carecia-se de alguma orientação quanto à melhor decisão a tomar, relativamente aos procedimentos a adoptar. Já que a AFE não foi realizada para os originais para determinação da estrutura factorial efectiva e uma vez que a correcta adaptação e validação de um instrumento para outra cultura implica que não se aceite cegamente a dimensionalidade assumida para o original (Almeida & Freire, 2008), optou-se pela realização da AFE em componentes principais, com base no critério dos valores próprios superiores a 1 e com rotação *varimax*. Note-se que, com a utilização deste tipo de rotação, considerou-se que as dimensões não estão

correlacionadas entre si. Tal acontece porque, ao tentar a rotação *oblimin*, a matriz de correlações factoriais obtida mostrou que, de facto, não existem valores de correlação suficientemente altos entre os factores, pelo que seria preferível a utilização da rotação *varimax*. Este facto pareceu contrariar o que a literatura dita acerca do comportamento sócio-emocional, no sentido em que é um domínio tão intrincado, que todas as suas dimensões deveriam estar fortemente correlacionadas.

Através da extracção dos factores, verificou-se que o comportamento sócio-emocional é, de facto, um constructo multifacetado, com a emergência de nove, 11 e 12 factores para os ASQ:24M, 48M e 60M, respectivamente. Contudo, nenhuma das estruturas factoriais obtidas é convergente com a estrutura teórica dos ASQ:SE, definida pelas autoras, i.e., o agrupamento dos itens obtido através da AFE não corresponde ao agrupamento teórico definido para os questionários originais. Não só o número de factores extraídos é superior ao que se esperava, como a organização dos itens ao redor de cada dimensão não oferece uma justificação lógica, que permita uma interpretação coerente dos factores. Numa tentativa de se chegar a essa justificação, comparou-se a estrutura factorial obtida com aquela definida pelo especialista consultado. No entanto, não foi suficiente para se atribuir um rótulo a cada factor, uma vez que as próprias dimensões definidas pelo especialista não correspondem à estrutura definida pela AFE. Aliás, surgiu desde logo uma discrepância significativa entre o número de dimensões encontradas pelo especialista e o número de dimensões definidas pelas autoras originais (16 e sete, respectivamente). No entanto, algumas dimensões acabam por ser extensões daquelas definidas para os originais (*auto-regulação, funcionamento adaptado, interacção, conformidade e comunicação*). Uma vez que as autoras dos ASQ:SE originais referem que a escolha das dimensões e da sua designação foi relativamente arbitrária (Squires *et al.*, 2002b), a definição de outras dimensões de avaliação por parte do especialista já era, de certa forma, esperada. Para além disso, já é usual, em Psicologia, surgirem dificuldades na delimitação, definição e operacionalização de comportamentos e dimensões, devido ao acordo relativamente baixo entre especialistas, na própria literatura (Almeida & Freire, 2008).

Analisando agora cada AFE individualmente, comecemos pelo ASQ:SE 24M. Embora não pareça existir rótulo coerente para os factores, dado os itens que os constituem não apresentarem algo em comum, os coeficientes de saturação apresentam-se satisfatórios, acima do valor mínimo exigido, bem como os valores de comunalidade. Isto significa que os itens parecem estar correlacionados entre si. Contudo, alguns itens saturam em mais do que um factor, o que teoricamente poderá

sugerir, por um lado, que os itens carecem de uma melhor operacionalização e/ou, por outro, que a estrutura dimensional definida deve ser revista (Osborne & Costello, 2005). Observando o índice de validade interna de cada item, i.e., a sua correlação com a cotação total da escala, verifica-se que muitos itens apresentam valores inferiores a 0,30 (com especial atenção para os factores 7 e 9) o que indica que estes itens não estão a medir o mesmo que o resto da escala (Pallant, 2001). Para além disso, todos os itens apresentam uma consistência interna algo modesta, no sentido em que todos os valores de *alpha*, para cada um dos factores extraídos, se encontram abaixo do valor ideal. O factor com maior consistência é o factor 4 ($\alpha=0,68$) e o factor 8 é o que apresenta menor consistência interna ($\alpha=0,24$). Não obstante o facto de o valor de *alpha* de factor 4 ser aceitável, note-se que é um factor composto por apenas dois itens, o que significa que é fraco e instável (Osborne & Costello, 2005). A este respeito, considerando as regras destes autores para a realização de uma boa AFE, verifica-se que nenhum dos factores apresenta mais do que quatro itens, quando o mínimo desejável é cinco, com coeficientes de saturação acima de 0,50.

A estrutura factorial do ASQ:SE 48M também não é clara. No entanto, alguns itens chegam a agrupar-se para formar factores coerentes. Este é o caso dos factores 1, 3 e 6. No primeiro, agrupam-se itens relacionados com a agressividade para consigo ou para com os outros, destruição de objectos, birras e hiperactividade. A maioria destes itens foi formulada originalmente para corresponder à dimensão teórica da *auto-regulação*, com excepção do item 23 (“O seu filho/filha magoa-se a si próprio, propositadamente?”), que é suposto pertencer à dimensão teórica do *funcionamento adaptado*. Esta constelação de itens no factor 1 também não encontra correspondência na atribuição de dimensões pelo especialista. No entanto, faz algum sentido o seu agrupamento, podendo corresponder a um factor de externalização. Quanto ao factor 3, agrupa todos os itens de *comunicação* e corresponde aos originalmente definidos pelas autoras. Por fim, o factor 6 agrupa três itens de *interacção* (com pares). Os coeficientes de saturação destes itens são satisfatórios, bem como os valores de comunalidade e de validade interna dos itens. Apesar disso, possuem itens com saturação ambígua, no sentido em que apresentam coeficientes de saturação satisfatórios em mais do que um factor. Os restantes factores obtidos não obedecem a uma estrutura teórica coerente, embora todos apresentem coeficientes de saturação e valores de comunalidade suficientemente altos para serem aceites. Este facto indica que os itens parecem estar correlacionados entre si, mas a existência de coeficientes de saturação aceitáveis em mais do que um factor indica que os itens carecem de outra operacionalizações e/ou que a estrutura factorial prévia

apresenta falhas (Osborne & Costello, 2005). Não obstante o facto de os coeficientes de saturação e comunalidades se apresentarem satisfatórios, atentando nos índices de validade interna (i.e., correlações item-total corrigidas) de vários itens (observe-se os índices dos itens dos factores 4, 5, 8, 9 e 11) verifica-se que surgem valores muito inferiores ao desejado. Tal significa, por um lado, que os itens apresentam uma pobre capacidade discriminativa (i.e., que não discriminam os sujeitos de forma satisfatória) e, por outro, que não estão a medir o mesmo que a escala total. Aliás, ao analisar os coeficientes *alpha* para cada factor extraído, verifica-se que o único com valor satisfatório é o factor 1 ($\alpha=0,68$), com os restantes factores a apresentarem uma consistência interna extremamente baixa, por vezes negativa (factores 5 e 9). O facto de ser negativa pode estar relacionado com o tamanho da amostra e com um baixo número de itens ou pode também significar que os itens não possuem uma covariância positiva, pelo que não podem ser agrupados numa mesma sub-escala, uma vez que não medem o mesmo constructo (Nichols, 1999).

Finalmente, da AFE ao ASQ:SE 60M também não se extrai uma estrutura factorial coerente. No entanto, dos 12 factores extraídos, cinco fazem algum sentido, uma vez que agrupam itens teoricamente ligados: o factor 2 agrupa itens subjacentes à *auto-regulação*; o factor 3 parece agrupar itens ligados à externalização; o factor 5 agrupa itens de *comunicação* através de palavras; o factor 6 agrupa dois itens de *auto-regulação*; e o factor 7 possui dois itens de *interacção*. A restante distribuição de itens por factores não encontra justificação teórica, apesar de os coeficientes de saturação e comunalidades apresentarem valores adequados. Mais uma vez, surgem itens que saturam em mais do que um factor, indicando que carecem de outra operacionalização e/ou que a estrutura dimensional já apresentava falhas *a priori* (Osborne & Costello, 2005). Observando-se os coeficientes *alpha* para os factores extraídos, verifica-se que apenas o factor 5 apresenta um valor ideal ($\alpha=0,79$), o que ganha sentido ao ler os itens que o constituem: ambos dizem respeito à utilização de palavras para comunicar. À semelhança do ASQ:SE 48M, também surgem valores negativos, pelo que nem todos os itens medem o mesmo que a escala total, facto corroborado pelos valores de alguns índices de validade interna, no que respeita aos dois últimos factores extraídos.

Tendo em conta tudo o que foi descrito, dir-se-ia que seria necessário repensar a estrutura dos ASQ:SE, já que os resultados deste estudo apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos seus itens. Contudo, o aumento da amostra é fundamental, bem como a inclusão de crianças com diagnósticos clínicos, condição que não existiu na amostra portuguesa e que esteve presente na amostra original. Este facto pode ter influenciado os resultados, implicando limitações nas conclusões

que se podem retirar do presente estudo. Apesar de tudo, a obtenção de valores de *alpha* relativamente satisfatórios para as escalas totais parece indicar que existe alguma consistência naquilo que o conjunto dos itens mede. Isto não significa, no entanto, que estamos perante escalas unidimensionais, já que, nesse caso, as correlações entre todos os itens deveriam ser elevadas porque estariam a medir o mesmo constructo (Moreira, 2004), algo que não acontece. Comprova-se, por isso, que se tratam de escalas multidimensionais. O facto de muitos itens saturarem em mais do que um factor poderá significar que se trata de um domínio que tem subjacente uma grande interdependência entre os seus diversos sub-domínios, tão interdependentes que não foi possível compartimentá-los em dimensões específicas. Relembra-se a ideia de Rubin (1998), que afirma que esta área do comportamento é um produto de outras áreas complexas do comportamento, que operam em simultâneo, que interagem entre si e que sofrem influências sociais e culturais do contexto de vida do sujeito.

Importa, seguidamente, delinear as principais conclusões do presente estudo.

CONCLUSÕES FINAIS

O interesse no estudo do desenvolvimento sócio-emocional de bebés e crianças pequenas tem vindo a aumentar nas últimas décadas, mas mantêm-se as dúvidas acerca da natureza, prevalência e correlatos dos problemas e atrasos neste domínio (Briggs-Gowan & Carter, 1998). Nos últimos anos, têm surgido nos Estados Unidos diversos instrumentos com qualidades psicométricas aceitáveis. Contudo, no que à população portuguesa diz respeito, a realidade é contrastante, dada a inexistência de instrumentos que permitam a avaliação do comportamento sócio-emocional de bebés e crianças pequenas. Esta ausência é ainda mais flagrante e preocupante, quando reflectimos acerca da importância do despiste e da avaliação precoces, para identificação e intervenção atempadas em atrasos do desenvolvimento ou outras perturbações. Tal é ainda mais grave se considerarmos, não só a perturbação *per se*, mas também as suas consequências e a sua continuidade e estabilidade no tempo. Isto é, ao emergir uma perturbação de carácter sócio-emocional, o mais provável é que esta se prolongue e se agrave com o tempo (Caselman & Self, 2008), caso seja entendida pelo clínico como apenas uma “fase” do desenvolvimento, levando à sua desvalorização.

O funcionamento sócio-emocional constitui uma área extremamente complexa e de difícil delimitação, cujos atrasos implicam perturbações qualitativamente diferentes daquelas que podem ser identificadas noutras idades, razões pelas quais não abundavam os instrumentos que medissem, de forma consistente, não só a presença de competência, mas também o défice da mesma (Briggs-Gowan & Carter, 1998; Briggs-Gowan & Carter, 2007). As dificuldades relacionadas com a operacionalização e medição deste constructo estiveram patentes ao longo deste trabalho, não só no que respeita à revisão da literatura, como também na abordagem aos instrumentos a analisar. Por se tratar de uma área de difícil dissociação de outras dimensões do comportamento, é, em consequência, uma área de difícil avaliação.

Esta ideia ficou ainda mais reforçada após o estudo dos ASQ:SE, ao longo do qual emergiram diversas dificuldades. A principal prendeu-se com a necessidade de se estudar os ASQ:SE em tempo útil, dada urgência de serem utilizados noutros estudos que ocorriam quase em simultâneo. Por essa razão, a recolha de dados teve de ser feita rapidamente, pelo que a amostra constituída não coincidiu com a das autoras (e.g., que não permitiu a definição dos mesmos quatro grupos dos ASQ:SE originais, através do acesso a diagnósticos de psicólogos e médicos), algo que constituiu uma limitação para o presente estudo. Outra limitação, ainda relacionada com a amostra, é o facto de a sua representatividade estar comprometida desde o início, uma vez que não se obedeceu às proporções sócio-demográficas da

população. Tal está patente especialmente nos NSE da amostra, em que a maioria dos participantes apresenta um nível alto.

No caso da recolha de dados, também pode ser apontada uma limitação: o facto de não ter sido possível acompanhar os participantes no preenchimento do questionário poderá ser relevante, uma vez que poderão ter surgido dúvidas ou dificuldades que podem ter enviesado algumas respostas, especialmente no item sobre o conhecimento da criança acerca da sexualidade (como foi possível verificar nos resultados obtidos na análise da consistência interna).

Os próprios procedimentos e decisões estatísticas colocaram algumas dúvidas. Deparámo-nos, desde logo, com o facto de as autoras terem optado pela análise da validade com referência a um critério, tarefa difícil numa validação para a população portuguesa, já que ainda não existem instrumentos validados para estas idades. Assim, uma vez que não estava disponível um instrumento-critério validado e face à necessidade urgente de estudar psicometricamente este instrumento, foi necessário decidir qual o tipo de validade a estudar. Optou-se pela realização das AFE, mas não sem antes questionar a pertinência de tal análise, já que não foi realizada para os ASQ:SE originais e não seria possível fazer uma comparação dos dados. Daqui, surgiram mais dificuldades, uma vez que as sete dimensões teóricas definidas pelas autoras não foram comprovadas através da AFE, colocando questões acerca da melhor forma de abordar estes resultados. Para além disso, ao nível da validade de conteúdo, a ausência de correspondência entre as dimensões teoricamente definidas pelas autoras e aquelas identificadas pelo especialista também colocou dúvidas. No entanto, tal pode dever-se ao procedimento adoptado, i.e., ao invés de se fornecer ao especialista a distribuição teórica original dos itens pelas dimensões, optou-se por fazer uma avaliação “cega”. Neste sentido, o especialista não teve acesso à estrutura dimensional original, razão pela qual as dimensões por ele definidas podem diferir da original. Esta pode ser apontada como uma limitação do presente estudo.

Estes resultados dão ainda mais relevância à necessidade de se adaptar e estudar psicometricamente qualquer instrumento que tenha sido construído para outras culturas, para que a sua adequação a uma nova população seja avaliada. São diversas as razões que podem ter estado implicadas no facto de não se terem obtido os factores esperados, quer ligadas à própria adaptação de um instrumento culturalmente diferente, quer às diferenças nas amostras ou à forma como os participantes entendem e respondem às questões (Gonçalves & Simões, 2000). Aliás, as diferenças entre as amostras podem ser verificadas através da comparação dos

pontos de corte obtidos, tendo-se verificado que os valores portugueses são sempre mais baixos. Outras razões poderão estar relacionadas com o próprio constructo, no sentido em que se trata, como já se referiu, de um domínio do comportamento muito difícil de delimitar. Uma outra razão pode estar relacionada com o instrumento e com o seu estudo original, que não incluiu a análise de factores, algo teria sido importante para avaliar a sua validade de constructo. De acordo com o *Early Head Start National Resource Center* (2002), os indicadores de fidelidade, sensibilidade e validade são medidas da qualidade de um instrumento, visto que avaliam se este mede o que pretende medir, se a informação daí decorrente é consistente, se é sensível à detecção de desvios e se é adequado à população à qual se destina. Tratam-se de medidas fulcrais para a utilização e interpretação dos resultados obtidos através de um instrumento, sendo que a sua ausência implica que os resultados sejam sempre usados com cautela e dúvida. Ainda no que se refere às diferenças culturais entre os estudos, verificou-se que a maioria dos ASQ:SE não discrimina correctamente as crianças em risco (i.e., não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos de risco), nem apresenta correlações e graus de acordo satisfatórios com a medida de critério, ao contrário do estudo norte-americano, que apresentou evidências de validade de critério e de grupos conhecidos, para todos os instrumentos.

As diferenças identificadas entre os dois estudos, são suficientes para reforçar a ideia de que novos estudos devem ser realizados, de modo a obter dados conclusivos quanto às qualidades psicométricas. Considera-se que, para estes, deverá ser constituída uma amostra realmente representativa da população portuguesa e com a inclusão de um grupo clínico. Também poderá ser benéfico repensar alguns itens (e.g., itens acerca do interesse ou conhecimento acerca da sexualidade) e rever os indicadores de sensibilidade e especificidade, uma vez que muitas crianças sinalizadas pelos ASQ:SE não o são pela medida de critério. Contudo, tal pode dever-se ao facto de o CBCL 1^{1/2}-5 não se encontrar validado, razão pela qual os resultados a este nível devem ser abordados com alguma cautela. Aconselha-se também que, em futuros estudos, sejam utilizadas medidas de critério mais semelhantes ao ASQ:SE, caso venham a existir.

Quanto aos valores altos de sobre-referenciação, adoptando uma visão clínica, considera-se que mais vale sinalizar um maior número de crianças, mesmo que depois se verifique que algumas não apresentam dificuldades (i.e., falsos positivos), do que perder crianças que poderão estar a desenvolver uma perturbação do comportamento sócio-emocional (i.e., falsos negativos). Embora a avaliação de crianças que não necessitam de encaminhamento implique a perda de tempo ou dinheiro, tal será

preferível a não avaliar mais profundamente as crianças que poderão estar a desenvolver uma perturbação de carácter sócio-emocional, com as consequências que isso implica, para a própria criança (atrasos na expressão verbal, aquisição da linguagem, literacia), para a família e para a comunidade (Yovanoff & Squires, 2006).

Salienta-se, apesar de tudo, que os ASQ:SE não pretendem ser instrumentos de diagnóstico, mas de despiste. Isto é, não permitem uma tomada de decisão acerca do estado da criança, mas o seu encaminhamento para uma avaliação mais aprofundada e rigorosa (*Early Head Start National Resource Center*, 2002). Neste sentido, poderão ser instrumentos úteis para obter informação qualitativa em contexto clínico, enquanto auxiliares inseridos num processo de avaliação compreensiva. Tal é especialmente verdade para os ASQ:SE 30M, 36M e 48M, que apresentaram resultados satisfatórios, tanto em termos de consistência interna, como ao nível da validade de critério e de capacidade de discriminação entre grupos de risco. São, portanto, os instrumentos mais robustos. Os ASQ:SE 6M e 12M são os instrumentos mais frágeis, dado não terem sido submetidos a uma análise da validade (não há instrumentos de critério para estas idades, nem foi possível fazer uma AFE, pelos motivos estatísticos já referidos anteriormente). São, também, os questionários com os valores de consistência interna mais baixos.

Procurou-se, acima de tudo, oferecer a profissionais e investigadores um instrumento que permitisse sinalizar situações de risco ao nível do comportamento sócio-emocional de bebés e crianças portuguesas. Embora esse objectivo não tenha sido atingido por completo, dados os resultados e as limitações específicas deste estudo, este possibilitou dar a conhecer um instrumento que poderá ser de extrema utilidade em contexto clínico ou mesmo em investigação. Neste sentido, esperamos que este trabalho constitua mais um passo, não só no sentido do desenvolvimento de instrumentos válidos, fiéis e sensíveis às características da população portuguesa, como também no sentido da valorização do conhecimento científico ao nível do desenvolvimento sócio-emocional de crianças com menos de seis anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: ASEBA.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the american psychological association* (5th Ed.). Washington: American Psychological Association.
- Ashiabi, G. (2000). Promoting the emotional development of preschoolers. *Early Childhood Education Journal*, 28 (2), 79-84.
- Bagdi, A., & Vacca, J. (2005). Supporting early childhood social-emotional well being: The building blocks for early learning and school success. *Early Childhood Education Journal*, 33 (3), 145-150.
- Bennet, M. (2005). Socialization. In B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development* (pp. 393-397). Cambridge, Cambridge University Press.
- Bandon, A., Calkins, S., & Keane, S. (2010). Predicting emotional and social competence during early childhood from toddler risk and maternal behavior. *Development and Psychopathology*, 22, 119-132.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 3-35.
- Bricker, D., Davis, M., & Squires, J. (2004). Mental health screening in young children. *Infants and Young Children*, 17 (2), 129-144.
- Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (1998). Preliminary acceptability and psychometrics of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): A new adult-report questionnaire. *Infant Mental Health Journal*, 19 (4), 422-445.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2.0*. New Haven, CT: Yale University.

- Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (2007). Applying the infant-toddler social & emotional assessment (ITSEA) and brief-ITSEA in early intervention. *Infant Mental Health Journal* 28 (6), 564-583.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment*, Vol. 1 (2nd Ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Routledge Classics.
- Campbell, S. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and in outcome. In D. Cicchetti & S. L., Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 2. Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction* (pp. 1-20). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Campos, J., Mumme, D., Kermoian, R., & Campos, R. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 284-303.
- Caselman, T., & Self, P. (2008). Assessment instruments for measuring young children's social-emotional behavioral development. *Children & Schools*, 30 (2), 103-115.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L., Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 2. Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction* (pp. 1-20). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cortina, J. (1993). What Is Coefficient *Alpha*? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104.
- Damásio, A. (2001). Fundamental feelings. *Nature*, Mcmillan Magazines, 413, 781.
- Damásio, A. (2006). *Descartes' Error*. London: Vintage.
- Davis, M. S. (2002). *A comparison of three social emotional screening instruments*. Doctoral Thesis, College of Education. Oregon, University of Oregon.

- Denham, S. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it?. *Early Education & Development*, 17 (1), 57-89.
- Domitrovich, C., Cortes, R., & Greenberg, M. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool PATHS curriculum. *The Journal of Primary Prevention*, 28 (2), 67-91.
- Early Head Start National Resource Center (2002). *Developmental screening, assessment, and evaluation: Key elements for individualizing curricula in early Head Start programs (Technical Assistance Paper Nº 4)*. Documento retirado em 8 de Abril de 2010, de http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/resources/ECLKC_Bookstore/PDFs/FinalTAP%5B1%5D.pdf.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75 (2), 334-339.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.
- Fox, N., & Stifter, C. (2005). Emotional development. In B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge encyclopedia of child development* (pp. 227-233). New York: Cambridge University Press.
- Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., *et al.* (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Gonçalves, M., & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gorsuch, R. (2003). Factor Analysis. In I. Weiner (Series Ed.), J. Schinka, & W. Velicer (Vol. Eds.), *Handbook of Psychology: Vol. 2. Research Methods in Psychology* (pp. 143-164). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System (SSRS)*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. Oxford: Oxford University Press.

- Hertenstein, M., & Campos, J. (2004). The Retention Effects of an Adult's Emotional Displays on Infant Behavior. *Child Development*, 75(2), 595 - 613.
- Klennert, M., Emde, R., Butterfield, P., & Campos, J. (1986). Social referencing: The infant's use of emotional signals. *Developmental Psychology*, 22 (4), 427-432.
- Landy, S. (2009). *Pathways to competence: Encouraging healthy social and emotional development in young children* (2nd Ed.). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.
- Lerner, R., & Lerner, J. (1987). Children in their contexts: A goodness of fit model. In J. Lancaster, J. Altmann, A. Rossi & L. Sherrod (Eds.), *Parenting across the life-span: Biosocial dimensions* (pp. 377-404). Chicago: Aldine.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Martin, R. (1988). *Assessment of personality and behavior problems*. New York: The Guilford Press.
- Mason, Z. (2009). *The role of maternal attachment: Its effects on postpartum depression and infant social-emotional development*. Tese de doutoramento não publicada, Yeshiva University, New York.
- Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.
- McManus, S. (2009). *Enhancing positive early childhood mental health outcomes in young children*. Tese de doutoramento não publicada, University of Oregon, Oregon.
- Merrell, K. (1994). *Manual for the Preschool and Kindergarten Behavior Scale (PKBS)*. Austin: PRO-ED.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina
- Morey, L. (2003). Measuring personality and psychopathology. In I. Weiner (Series Ed.), J. Schinka, & W. Velicer (Vol. Eds.), *Handbook of Psychology: Vol 2. Research Methods in Psychology* (pp. 377-406). New Jersey: John Wiley and Sons.

- Murray, K., & Kochanska, G. (2002). Effortful control: Factor structure and relation to externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (5), 503-514.
- Neisworth, J. T., Bagnato, S. J., Salvio, J., & Hunt, F. M. (1999). *TABS Screener for the Temperament and Atypical Behavior Scale: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Nichols, D. (1999). How negative reliability coefficients can occur. *SPSS Keywords*: 68.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Osborne, J., & Costello, A. (2005) Best practices in exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10, 1-8.
- Pais Ribeiro, L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual*. Maidenhead: Open University Press.
- Pintea, S., & Moldovan, R. (2009). The Receiver Operating Characteristics (ROC) analysis: Fundamentals and applications in clinical psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9 (1), 49-66.
- Printz, P., Borg, A., & Demaree, A. (2003). *A Look at Social, Emotional, and Behavioral Screening Tools for Head Start and Early Head Start*. Boston: Education Development Center.
- Rauh, H. (2005). 'At-risk' concept. In B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development* (pp. 393-397). Cambridge, Cambridge University Press.
- Raver, C., & Zigler, E. (1997). New perspectives on Head Start. Social competence: An untapped dimension in evaluating Head Start's success. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 363-385.
- Repacholi, B. (2009). Linking actions and emotions: Evidence from 15- and 18-month-old infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 649-667.
- Ross, H., & Spielmacher, C. (2005). Social development. In B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge encyclopedia of child development* (pp. 227-233). New York: Cambridge University Press.

- Rothbart, M. K. (2004a). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 82-87.
- Rothbart, M. K. (2004b). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50 (4), 492-505.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (4), 207-212.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S., & Evans, D. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1), 122-135.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. (1998). Temperament. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.), N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional and Personality Development* (5th Ed., pp. 105-176). New York: John Wiley and Sons.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb, A. L. Brown & B. Rogoff (Eds.), *Advances in developmental psychology*, Vol. 1 (pp. 37-86). New Jersey: Erlbaum.
- Rothbart, M., & Hwang, J. (2005). Temperament. In B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development* (pp. 387-390). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin, K. (1998). Social and emotional development from a cultural perspective. *Developmental Psychology*, 34 (4), 611-615.
- Rutter, M. (2007). Commentary: Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 44-52.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3-4), 276-295.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.

- Sameroff, A. J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102 (5), 1287-1292.
- Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 116-124.
- Sameroff, A. J., & Seifer., R. (1990). Early contributors to developmental risk. In A. Rolf, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub. *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 52-66). Cambridge, Cambridge University Press.
- Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M., & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (3), 383-394.
- Schaffer, H. R. (2004). *Introducing child psychology*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Sheridan, M. (2008). *From birth to five years: Children's developmental progress* (3rd Ed.). London: Routledge.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento. Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sparrow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1998). *Vineland Social-Emotional Early Childhood Scale (SEEC)*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Bricker, D., Squires, J., & Mounts, L. (1995). *Ages and Stages Questionnaire: A parent-completed, child-monitoring system*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., & Potter, L. (1997). Revision of a parent-completed developmental screening tool: Ages and Stages Questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 313-328.
- Squires, J., Bricker, D., Heo, K., & Twombly, E. (2001). Identification of social-emotional problems in young children using a parent-completed screening measure. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 405-419.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, L. (2002a). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Baltimore: Brookes Publishing.

- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, L. (2002b). *The ASQ:SE user's guide for the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, L. (2004). Parent-completed screening for social emotional problems in young children: The effects of risk/disability status and gender on performance. *Infant Mental Health Journal*, 25 (1), 62-73.
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34 (10), 834-841.
- Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. In R. Funder, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying Lives Through Time: Personality and Development* (pp. 315-342). Washington, American Psychological Association.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Streiner, D., & Cairney, J. (2007). What's under the ROC curve? An introduction to Receiver Operating Characteristics curves. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (2), 121-128.
- Thompson, R. (2006). The development of the person: Social understanding, relationships, conscience, self. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.), N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development*, Vol. 3 (6th Ed., pp. 24-98). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Thompson, R., Easterbrooks, M., & Padilla-Walker, L. (2003). Social and emotional development in infancy. In I. Weiner (Series Ed.), R. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Vol. Eds.), *Handbook of Psychology: Vol 6. Developmental Psychology* (pp. 91-112). New Jersey: John Wiley and Sons.

- Toran, H. (2007). *Early identification of social-emotional competence among young children in Malaysia*. Tese de doutoramento não publicada, University of Oregon, Oregon.
- Walker, H. M., Severson, H. H., & Feil, E. (1995). *Early Screening Project*. Longmont: Sopris West.
- Yovanoff, P., & Squires, J. (2006). Determining cutoff scores on a developmental screening measure: Use of Receiver Operating Characteristics and Item Response Theory. *Journal of Early Intervention*, 29 (1), 48-62.

ANEXOS

Anexo A

Dimensões, conteúdo e itens para as versões do ASQ:SE

Quadro 1

Dimensões, conteúdo e itens para as versões do ASQ:SE

Dimensão	Conteúdo	Versão do ASQ:SE							
		6	12	18	24	30	36	48	60
Auto-regulação	Consegue acalmar-se	8	10						
	Corpo relaxado	10	8	5	4				
	Dificuldade em adormecer	16	15	13	16				
	Acalma-se num período de tempo	1	5	7	8	15	5	4	5
	Chora durante muito tempo, grita, faz birras	9	9	9	11	10	19	8	9
	Magoa os outros		21	25	25	28	29	31	30
	Tem comportamentos repetitivos			11	21	11	21	22	22
	É mais activo do que os outros					8	12	16	16
	Consegue acalmar-se após excitação					9	7	7	7
	Permanece nas actividades					12	13	18	13
	Movimenta-se entre actividades					23	8	20	20
	Destrói ou estraga coisas					25	24	25	25
Total de itens de Auto-regulação por intervalo		5	6	6	6	9	9	9	9
Conformidade	Segue instruções simples/rotinas/regras			19	18	21	18	24	24
	Faz o que pede					13	11	13	15
Total de itens de Conformidade por intervalo		0	0	1	1	2	2	2	2
Comunicação	Ouve; vira-se para olhar; sorri; olha	5	20	1	1	1	1	1	1
	Balbúcio		16						
	Dá a entender fome/doente/cansado	6	19	18	19	20	17	17	18
	Usa palavras para descrever sentimentos						25	19	19
	Segue quando aponta			16	15	18			
Total de itens de Comunicação por intervalo		2	3	3	3	3	3	3	3
Funcionamento adaptado	Tem dificuldade em mamar	11							
	Permanece acordado	15							
	Demora mais do que 30 minutos a alimentar	12	12						
	Tem obstipação ou diarreia	18	18	17	17				
	Tem problemas de alimentação	14	14	12	13	16	15	11	12
	Dorme x horas em 24 horas	17	17	15	14	19	16	15	17
	Magoa-se propositadamente			23	23	26	22	23	23
	Permanece afastado do perigo					24	23	26	26
	Tem interesse na sexualidade						30	32	32
	Mantém-se seco; vai à casa de banho							10	11
Total de itens de Funcionamento adaptado por intervalo		6	4	4	4	4	5	6	6
Autonomia	Verifica quando explora; explora locais			21	20	22	20	21	21
	Agarra-se mais do que espera					3	4	2	2
Total de itens de Autonomia por intervalo		0	0	1	1	2	2	2	2
Afecto	Gosta de ser pegado ao colo/ abraçado	3	4	6	7	2	2	5	3
	Fica tenso e arqueia as costas	4	6	8	9				
	Interessa-se no que o rodeia		11	10	10	14	10	9	10
	Parece feliz					5	9	14	8
	Demonstra preocupação com os outros							28	27
Total de itens de Afecto por intervalo		2	3	3	3	3	3	4	4
Interacção	Sorri; Ri	2	1	3	3				
	Observa; joga ao cu-cu; gosta de histórias	7	7	22	22	6			
	Quando sai, chora mais de uma hora			2	5				
	Gosta das refeições em conjunto	13	13	14	12	17	14	12	14
	Brinca perto; cumprimenta; fala com adultos		3	20	6	4	3	3	4
	Procura; demasiado amigável		2	4	2	7	6	6	6
	Gosta de estar com crianças; brinca			24	24	27			
	Identifica um amigo; dá a vez e partilha						26	27	31
	As outras crianças gostam de brincar						27	29	28
	Gosta de brincar com outras crianças						28	30	29
Total de itens de Interacção por intervalo		3	5	7	7	5	6	6	6

(Squires, Bricker, & Twombly, 2002b)

Anexo B

Quadros da análise item a item

Quadro 4

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 6M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	1	72,9	27,1	0	0
AR	8	59,4	33,3	7,3	0
AR	<u>9</u>	5,2	24	70,8	0
AR	10	85,4	13,5	1	0
AR	<u>16</u>	0	30,2	69,8	0
C	5	96,9	3,1	0	0
C	6	94,8	4,2	1	0
FA	<u>11</u>	0	2,1	97,9	0
FA	<u>12</u>	1	11,5	87,5	0
FA	<u>14</u>	0	12,5	87,5	0
FA	15	91,7	7,3	1	0
FA	17	87,5	7,3	5,2	0
FA	<u>18</u>	2,1	20,8	77,1	0
Af	3	81,3	17,7	1	0
Af	<u>4</u>	1	12,5	86,5	0
I	2	99	1	0	0
I	7	100	0	0	0
I	13	72,9	18,8	8,3	0

Legenda: AR – Auto-regulação; C – Comunicação; FA - Funcionamento adaptado; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 5

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 12M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	5	71,6	26,7	1,7	0
AR	8	80,2	19,8	0	0
AR	<u>9</u>	1,7	30,2	68,1	0
AR	10	55,2	36,2	8,6	0
AR	<u>15</u>	0	43,1	56,9	0
AR	<u>21</u>	4,3	19,8	75,9	0
C	16	94,8	4,3	0,9	0
C	19	92,2	7,8	0	0
C	20	97,4	2,6	0	0
FA	<u>12</u>	1,7	21,6	76,7	0
FA	<u>14</u>	2,6	9,5	87,9	0
FA	17	81,9	12,9	5,2	0
FA	<u>18</u>	2,6	25,0	72,4	0
Af	4	65,5	32,8	1,7	0
Af	<u>6</u>	0,9	21,6	77,6	0
Af	11	100	0	0	0
I	1	97,4	2,6	0	0
I	2	62,9	29,3	7,8	0
I	3	97,4	2,6	0	0
I	7	91,4	6,9	1,7	0
I	13	70,7	24,1	5,2	0

Legenda: AR – Auto-regulação; C – Comunicação; FA - Funcionamento adaptado; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 6

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 18M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	5	71,1	28,1	0,7	0
AR	7	75,6	23,7	0,7	0
AR	<u>9</u>	1,5	36,3	62,2	0
AR	<u>11</u>	3,7	8,9	87,4	0
AR	<u>13</u>	3,7	36,3	60,0	0
AR	<u>25</u>	2,2	27,4	70,4	0
Cf	19	52,6	45,2	2,2	0
C	1	89,6	10,4	0	0
C	16	90,4	9,6	0	0
C	18	82,2	16,3	1,5	0
FA	<u>12</u>	3,7	11,1	85,2	0
FA	15	86,7	8,9	4,4	0
FA	<u>17</u>	3,0	27,4	69,6	0
FA	<u>23</u>	0,7	8,9	90,4	0
A	21	73,3	24,4	2,2	0
Af	6	88,9	11,1	0	0
Af	<u>8</u>	3,0	15,6	81,5	0
Af	10	91,9	8,1	0	0
I	<u>2</u>	0,7	9,6	89,6	0
I	3	97,8	2,2	0	0
I	4	69,6	25,2	5,2	0
I	14	88,9	9,6	1,5	0
I	20	98,5	1,5	0	0
I	22	74,1	25,9	0	0
I	24	92,6	6,7	0,7	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
 FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 7

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 24M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	4	71,9	24,4	3,7	0
AR	8	67,4	28,9	3,7	0
AR	<u>11</u>	8,1	34,8	57,0	0
AR	<u>16</u>	4,4	27,4	68,1	0
AR	<u>21</u>	2,2	10,4	87,4	0
AR	<u>25</u>	1,5	24,4	74,1	0
Cf	18	57,0	40,7	2,2	0
C	1	80,7	19,3	0	0
C	15	89,5	9,6	0,7	0
C	19	88,1	10,4	1,5	0
FA	<u>13</u>	5,9	8,1	85,9	0
FA	14	87,4	10,4	2,2	0
FA	<u>17</u>	0,7	23,0	76,3	0
FA	<u>23</u>	1,5	2,2	96,3	0
A	20	71,1	25,2	3,7	0
Af	7	87,4	11,9	0,7	0
Af	<u>9</u>	1,5	15,6	83,0	0
Af	10	94,1	5,2	0,7	0
I	<u>2</u>	11,1	23,7	65,2	0

(Continua)

(Continuação do Quadro 7)

I	3	93,3	6,7	0	0
I	<u>5</u>	2,2	8,9	88,9	0
I	6	80,0	20,0	0	0
I	12	88,1	8,9	3,0	0
I	22	83,0	17,0	0	0
I	24	91,1	8,1	0,7	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 8

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 30M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	<u>8</u>	14,8	53,7	31,5	0
AR	9	38,9	53,0	8,1	0
AR	<u>10</u>	6,0	43,0	51,0	0
AR	<u>11</u>	0	8,1	91,9	0
AR	12	75,8	22,1	2,0	0
AR	15	70,5	25,5	4,0	0
AR	23	51,7	47,0	1,3	0
AR	<u>25</u>	3,4	33,6	63,1	0
AR	<u>28</u>	4,7	23,5	71,8	0
Cf	13	38,3	61,7	0	0
Cf	21	44,3	50,3	5,4	0
C	1	87,2	12,8	0	0
C	18	93,3	6,0	0,7	0
C	20	90,6	8,7	0,7	0
FA	<u>16</u>	5,4	6,7	87,9	0
FA	19	92,6	5,4	2,0	0
FA	24	66,4	27,5	6,0	0
FA	<u>26</u>	3,4	3,4	93,3	0
A	<u>3</u>	26,8	53,7	19,5	0
A	22	68,5	26,8	4,7	0
Af	2	91,9	8,1	0	0
Af	5	99,3	0,7	0	0
Af	14	93,3	6,0	0,7	0
I	4	71,1	27,5	1,3	0
I	6	85,2	13,4	1,3	0
I	<u>7</u>	9,4	29,5	61,1	0
I	17	89,9	90,4	0,7	0
I	27	82,6	16,8	0,7	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 9

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 36M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	5	69,6	25,3	5,1	0
AR	7	34,8	55,1	10,1	0
AR	8	62,7	37,3	0	0
AR	<u>12</u>	19,6	46,2	34,2	0
AR	13	76,6	22,2	1,3	0

(Continua)

(Continuação do Quadro 9)

AR	<u>19</u>	5,7	40,5	53,8	0
AR	<u>21</u>	2,5	5,1	92,4	0
AR	<u>24</u>	4,4	28,5	67,1	0
AR	<u>29</u>	1,9	25,3	72,8	0
Cf	11	38,6	59,5	1,9	0
Cf	18	46,2	49,4	4,4	0
C	1	92,4	7,6	0	0
C	17	94,9	4,4	0,6	0
C	25	84,2	13,3	2,5	0
FA	<u>15</u>	9,5	7,0	83,5	0
FA	16	94,9	3,2	1,9	0
FA	<u>22</u>	0	2,5	97,5	0
FA	23	70,3	18,4	11,4	0
FA	<u>30</u>	7,0	35,4	57,6	0
A	<u>4</u>	28,5	49,4	22,2	0
A	20	58,9	36,1	5,1	0
Af	2	90,5	9,5	0	0
Af	9	97,5	2,5	0	0
Af	10	96,2	3,8	0	0
I	3	93,7	5,1	1,3	0
I	<u>6</u>	10,1	20,3	69,6	0
I	14	88,0	11,4	0,6	0
I	26	96,2	3,8	0	0
I	27	95,6	4,4	0	0
I	28	95,6	4,4	0	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 10

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 48M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/ Nunca	Omissões
AR	4	64,3	31,5	4,2	0
AR	7	28,6	60,1	11,3	0
AR	<u>8</u>	6,0	36,9	57,1	0
AR	<u>16</u>	22,0	42,9	35,1	0
AR	18	69,0	31,0	0	0
AR	20	51,8	45,8	2,4	0
AR	<u>22</u>	6,0	13,1	81,0	0
AR	<u>25</u>	2,4	22,6	75,0	0
AR	<u>31</u>	3,0	11,9	85,1	0
Cf	13	39,3	57,1	3,6	0
Cf	24	62,5	36,9	0,6	0
C	1	81,5	18,5	0	0
C	17	95,8	2,4	1,8	0
C	19	89,3	8,9	1,8	0
FA	10	80,4	4,2	15,5	0
FA	<u>11</u>	7,1	7,7	85,1	0
FA	15	94,6	4,8	0,6	0
FA	<u>23</u>	1,2	2,4	96,4	0
FA	26	75,0	20,8	4,2	0
FA	<u>32</u>	3,6	40,5	56,0	0
A	<u>2</u>	24,4	53,0	22,6	0

(Continua)

(Continuação do Quadro 10)

A	21	70,2	26,2	3,6	0
Af	5	92,3	7,7	0	0
Af	9	90,5	8,9	0,6	0
Af	14	99,4	0,6	0	0
Af	28	75,6	23,2	1,2	0
I	3	89,3	9,5	1,2	0
I	<u>6</u>	11,3	20,2	68,5	0
I	12	92,9	7,1	0	0
I	27	98,8	1,2	0	0
I	29	92,9	7,1	0	0
I	30	91,7	7,7	0,6	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Quadro 11

Percentagem de escolha das alternativas de resposta para o ASQ:SE 60M

Dimensões	Itens	Quase Sempre	Às vezes	Raramente/Nunca	Omissões
AR	5	59,6	31,7	8,7	0
AR	7	39,3	54,6	6,0	0
AR	<u>9</u>	6,0	37,7	56,3	0
AR	13	68,3	29,5	2,2	0
AR	<u>16</u>	25,7	37,2	37,2	0
AR	20	51,9	44,8	3,3	0
AR	<u>22</u>	6,0	12,0	82,0	0
AR	<u>25</u>	1,1	23,5	75,4	0
AR	<u>30</u>	1,1	12,0	86,9	0
Cf	15	41,5	58,5	0	0
Cf	24	62,8	36,6	0,5	0
C	1	86,3	13,1	0,5	0
C	18	91,3	5,5	3,3	0
C	19	86,3	8,2	5,5	0
FA	11	88,5	9,8	1,6	0
FA	<u>12</u>	8,2	8,7	83,1	0
FA	17	93,4	6,0	0,5	0
FA	<u>23</u>	1,1	1,1	97,8	0
FA	26	84,7	12,0	3,3	0
FA	<u>32</u>	6,0	39,3	54,6	0
A	<u>2</u>	27,9	54,1	18,0	0
A	21	62,3	32,2	5,5	0
Af	3	87,4	12,0	0,5	0
Af	8	96,2	3,8	0	0
Af	10	87,4	12,6	0	0
Af	27	62,3	37,2	0,5	0
I	4	84,2	15,3	0,5	0
I	<u>6</u>	9,3	19,7	71,0	0
I	14	91,8	8,2	0	0
I	28	91,3	8,7	0	0
I	29	92,3	7,7	0	0
I	31	29,0	65,6	5,5	0

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação;
FA - Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção

Nota: Os itens sublinhados são negativos.

Anexo C

Modelo da tabela de contingência para comparação dos ASQ:SE e CBCL 1^{1/2}-5 e fórmulas de cálculo

Quadro 14

Tabela de contingência ASQ:SE x CBCL 1^{1/2}-5

		CBCL 1 ^{1/2} -5	
		Risco (positivo)	Bem (negativo)
ASQ:SE	Risco (positivo)	(a) Decisão correcta (verdadeiro positivo)	(b) Erro / Falso positivo (sobre-referenciação)
	Bem (negativo)	(c) Erro / Falso negativo (sub-referenciação)	(d) Decisão correcta (verdadeiro negativo)

(Squires, Bricker, & Twombly, 2002b)

Quadro 15

Fórmulas de cálculo das sensibilidade, especificidade, falsos positivos, falsos negativos, grau de acordo, sobre-referenciação, sub-referenciação, referenciações e valor preditivo positivo

Variáveis	Fórmula
Sensibilidade	$(a) / (a) + (c)$
Especificidade	$(d) / (b) + (d)$
Falsos positivos	$(b) / (b) + (d)$
Falsos negativos	$(c) / (a) + (c)$
Grau de acordo	$(a) + (d) / (a) + (b) + (c) + (d)$
Sobre-referenciação	$(b) / (a) + (b) + (c) + (d)$
Sub-referenciação	$(c) / (a) + (b) + (c) + (d)$
Referenciações	$(a) + (b) / (a) + (b) + (c) + (d)$
Valor preditivo positivo	$(a) / (a) + (b)$

(Squires, Bricker, & Twombly, 2002b)

Anexo D

Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 24M

Quadro 26

Análise factorial em componentes principais após rotação varimax, para o ASQ:SE 24M

Itens	Dimensões	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	h^2	r_{ivi}
3	I	0,71									0,63	0,41
7	Af	0,70									0,57	0,46
10	Af	0,59									0,62	0,37
19	C	0,42				(0,33)				(0,37)	0,51	0,29
18	Cf		0,70								0,57	0,37
1	C		0,66								0,61	0,39
21	AR		0,55					(0,33)		(-0,32)	0,60	0,30
8	AR	(0,37)	0,51			(0,36)					0,68	0,38
4	AR			0,74							0,62	0,33
14	FA			0,62							0,60	0,32
16	AR			0,56							0,47	0,24
23	FA				0,84						0,78	0,52
24	I				0,81						0,75	0,52
11	AR					0,72					0,64	0,21
25	AR					0,47					0,43	0,26
5	I				(0,35)	0,46					0,54	0,19
20	A						0,76				0,68	0,37
2	I						0,76				0,65	0,37
12	I							0,65			0,48	0,24
9	Af					(0,44)		0,57			0,69	0,21
15	C	(0,43)						0,48			0,57	0,26
22	I							0,38	(0,36)		0,49	0,27
17	FA								0,72		0,63	0,14
13	FA								0,66	(-0,31)	0,63	0,14
6	I									0,72	0,70	-
Valores próprios		2,22	1,97	1,73	1,69	1,69	1,60	1,53	1,38	1,34		
% Variância Explicada		8,90	7,90	6,94	6,75	6,74	6,40	6,10	5,52	5,35	$\Sigma=60,58$	

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação; FA – Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção; r_{ivi} – índice de validade interna dos itens; h^2 - Comunalidade

Quadro 27
Valores de alpha para o ASQ:SE 24M

Factores	Número de itens	<i>alpha</i>
F1	4	0,59
F2	4	0,57
F3	3	0,47
F4	2	0,68
F5	3	0,36
F6	2	0,53
F7	4	0,43
F8	2	0,24
F9	1	---

Anexo E

Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 48M

Quadro 28

Análise factorial em componentes principais após rotação varimax para o ASQ:SE 48M

Itens	Dimensões	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	h^2	r_{ivi}
23	FA	0,78											0,71	0,48
31	AR	0,74											0,67	0,50
25	AR	0,73											0,58	0,53
8	AR	0,68											0,58	0,53
4	AR	0,45	(0,42)					(0,34)					0,59	0,42
16	AR	0,38			(0,36)	(0,34)							0,56	0,36
14	Af		0,75										0,61	0,40
9	Af		0,74										0,68	0,28
22	AR		0,57										0,59	0,25
19	C			0,771									0,66	0,41
17	C			0,729									0,59	0,32
1	C			0,470							(0,31)		0,49	0,28
6	I				0,68								0,56	0,07
18	AR				0,65								0,62	0,15
21	A		(0,34)		-0,39								0,55	-0,12
28	Af					0,78							0,66	0,08
24	Cf	(0,31)				0,49							0,56	0,04
32	FA				(0,34)	-0,37							0,47	-0,21
30	I						0,77						0,75	0,38
29	I					(0,42)	0,65						0,71	0,31
27	I			(0,44)			0,57		(0,36)				0,72	0,32
15	FA							0,80					0,72	0,18
7	AR		(0,40)					0,48			(0,33)		0,58	0,31
13	Cf							0,42		(0,34)		(0,32)	0,59	0,32
5	Af								0,72				0,60	0,17
10	FA								0,55				0,53	0,17
20	AR									0,77			0,66	-0,16
3	I			(0,36)	(-0,38)					-0,51			0,67	-0,16
11	FA										0,77		0,63	-
12	I											0,81	0,71	0,01
2	A							(0,31)				-0,40	0,52	-0,17
26	FA										(0,33)	0,39	0,51	-0,08
Valores próprios		3,02	2,23	2,04	1,73	1,68	1,62	1,49	1,48	1,48	1,42	1,40		
%														
Variância Explicada		9,44	6,97	6,36	5,41	5,24	5,07	4,67	4,63	4,62	4,45	4,36	$\Sigma=61,22$	

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação; FA – Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interação; r_{ivi} – índice de validade interna dos itens; h^2 - Comunalidade

Quadro 29
Valores de alpha para o ASQ:SE 48M

Factores	Número de itens	<i>alpha</i>
F1	6	0,71
F2	3	0,34
F3	3	0,52
F4	3	0,04
F5	3	-0,11
F6	3	0,47
F7	3	0,42
F8	2	0,19
F9	2	-0,33
F10	1	---
F11	3	0,21

Anexo F

Quadros da AFE e consistência interna para o ASQ:SE 60M

Quadro 30

Análise factorial em componentes principais após rotação varimax para o ASQ:SE 60M

Itens	Dimensões	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	h^2	r_{ivi}
20	AR	0,72					(-0,31)							0,70	0,44
15	Cf	0,59												0,57	0,37
26	FA	0,58												0,52	0,27
31	I	0,54												0,56	0,37
24	Cf	0,49					(0,32)							0,62	0,36
5	AR		0,72				(0,32)							0,72	0,46
7	AR		0,71											0,65	0,42
13	AR		0,60											0,57	0,33
30	AR			0,81										0,68	0,48
25	AR			0,59										0,52	0,45
9	AR		(0,48)	0,56										0,72	0,44
23	FA			0,51					(0,48)					0,60	0,33
10	Af				0,68									0,61	0,37
1	C				0,61									0,63	0,25
21	A				0,56									0,52	0,35
4	I				0,53									0,50	0,13
19	C					0,88								0,82	0,66
18	C					0,86								0,78	0,66
22	AR						0,68							0,52	0,28
16	AR						0,52							0,58	0,28
29	I							0,79						0,72	0,42
28	I							0,75						0,71	0,42
12	FA								0,76					0,62	0,20
8	Af				(0,36)				0,53					0,52	0,20
3	Af									0,81				0,70	-0,24
2	A						(0,38)			-0,56				0,59	-0,24
32	FA										-0,79			0,69	-
27	Af											0,81		0,72	-0,03
11	FA										(0,37)	-0,40		0,62	-0,03
14	I												-0,60	0,62	0,01
17	FA										(0,34)		0,54	0,62	-0,11
6	I												-0,49	0,65	-0,04

Valores

próprios

%

Variação

Explicada

Legenda: AR – Auto-regulação; Cf – Conformidade; C – Comunicação; FA – Funcionamento adaptado; A – Autonomia; Af – Afecto; I – Interacção; r_{ivi} – índice de validade interna dos itens; h^2 - Comunalidade

Quadro 31

Valores de alpha para o ASQ:SE 60M

Factores	Número de itens	<i>alpha</i>
F1	5	0,61
F2	3	0,59
F3	4	0,62
F4	4	0,53
F5	2	0,79
F6	2	0,42
F7	2	0,59
F8	2	0,21
F9	2	-0,49
F10	1	-
F11	2	-0,07
F12	3	-0,08

Anexo G

Comparação das distribuição dos itens por dimensões (Especialista x Original)

Quadro 32

Comparação da distribuição dos itens por dimensões (Especialista x Original)

ASQ:SE	Itens	Especialista	Original
6 - 12	Quando está rabugento, o seu bebé é capaz de se acalmar em meia hora?	Regulação emocional	Auto-regulação
6	O seu bebé sorri para si e para outros membros da família?	Emocionalidade positiva	Interação
6 - 12	O seu bebé gosta de ser pegado e de ficar ao colo?	Emocionalidade positiva	Afecto
6 - 12	O seu bebé fica tenso e arqueia as costas quando é pegado ao colo?	T. Difícil	Afecto
6	Quando está a falar com o seu bebé, ele olha para si e parece estar a ouvi-la(o)?	T. Fácil; Comunicação	Comunicação
6	O seu bebé dá-lhe a entender quando tem fome ou está doente?	T. Fácil; Comunicação	Comunicação
6	Quando está acordado, o seu bebé parece gostar de ouvir e olhar para as pessoas?	Emocionalidade positiva	Comunicação
6 - 12	O bebé é capaz de se acalmar sozinho (por exemplo, chupando a própria mão ou a chupeta)?	Regulação emocional	Auto-regulação
6	O seu bebé chora durante longos períodos de tempo?	Emocionalidade negativa	Auto-regulação
6 - 12	O corpo do seu bebé costuma estar relaxado?	-	Auto-regulação
6	O seu bebé tem dificuldades em mamar no biberão ou no peito?	Saúde; T. Difícil	Funcionamento adaptado
6 - 12	Habitualmente, demora mais de 30 minutos a alimentar o seu bebé?	-	Funcionamento adaptado
6	Tanto o bebé como o adulto gostam de fazer refeições em conjunto?	-	Interação
6 - 12	O seu bebé tem algum tipo de problema com a alimentação, tal como engasgar-se, vomitar, ou outro?	Saúde; T. Difícil	Funcionamento adaptado
6	Durante o dia, o seu bebé permanece acordado durante uma hora seguida ou mais?	-	Funcionamento adaptado
6 - 12	O seu bebé tem dificuldades em adormecer durante o dia ou à noite?	T. Difícil	Auto-regulação
6 - 12	O seu bebé dorme pelo menos 10 horas num período de 24 horas?	T. Fácil	Funcionamento adaptado
6 - 12	O seu bebé costuma ter obstipação ou diarreia?	Saúde; T. Difícil	Funcionamento adaptado
6 - 12	O seu bebé ri ou sorri para si e outros membros da família?	Emocionalidade positiva	Interação
6 - 12	O seu bebé procura-a(o) quando um estranho se aproxima?	Regulação emocional	Interação
6 - 12	O seu bebé gosta de brincar e de estar próximo de amigos e familiares?	Emocionalidade positiva	Interação
6 - 12	O seu bebé gosta de jogar jogos como o “cu-cu!”?	Emocionalidade positiva	Interação
12	O seu bebé chora, grita ou faz birras por longos períodos de tempo?	Emocionalidade negativa	Auto-regulação
12	O seu bebé interessa-se pelo que o rodeia, por exemplo pessoas, brinquedos e alimentos?	Atenção	Afecto
12	Tanto o bebé como o adulto gostam de fazer refeições em conjunto?	-	Interação
12	O seu bebé balbucia alguns sons? Por exemplo, é capaz de juntar sons como “ba-ba-ba-ba” ou “na-na-na-na”?	Linguagem	Comunicação
12	O seu bebé dá-lhe a entender quando tem fome, está magoado ou cansado?	Comunicação	Comunicação
12	Quando fala com o seu bebé, ele vira a cabeça, olha ou sorri?	Emocionalidade Positiva	Comunicação
12	O seu bebé tenta magoar outras crianças, adultos ou animais (voluntariamente, dar pontapés, morder, etc.)?	Agressividade	Auto-regulação

(Continua)

(Continuação do Quadro 32)

ASQ:SE	Itens	Especialista	Original
12	O seu filho/filha olha para si quando fala com ele?	Comunicação; Atenção	Comunicação
12	Quando sai, o seu filho/filha fica aborrecido e chora durante mais do que uma hora?	Regulação emocional	Interacção
12	O seu filho/filha ri ou sorri quando brinca com ele?	Emocionalidade Positiva	Interacção
12	O seu filho/filha procura-a(o) quando um estranho se aproxima?	Regulação emocional	Interacção
18 - 60	O corpo do seu filho/filha costuma estar relaxado?	-	Auto-regulação
18 - 24	O seu filho/filha gosta de ser abraçado ou acariciado?	Emocionalidade Positiva	Afecto
18 - 24	Quando está rabugento, o seu filho/filha é capaz de se acalmar em 15 minutos?	Regulação emocional	Auto-regulação
18	O seu filho/filha fica tenso ou arqueia as costas quando é pegado ao colo?	T. Difícil	Afecto
18 - 24	O seu filho/filha chora, grita ou faz birras por longos períodos de tempo?	Regulação emocional	Auto-regulação
18 - 60	O seu filho/filha interessa-se pelo que o rodeia, por exemplo pessoas, brinquedos e alimentos?	Atenção	Afecto
18 - 60	O seu filho/filha faz gestos repetidamente, parecendo não ser capaz de parar? Por exemplo, balançar-se, abanar as mãos, rodopiar, ou outro?	Inadequação	Auto-regulação
18 - 24	O seu filho/filha tem algum tipo de problema com a alimentação, tal como comer demasiado, vomitar, comer coisas que não são alimentos, ou outro?	Saúde; T. Difícil	Funcionamento adaptado
18 - 60	O seu filho/filha tem dificuldades em adormecer durante o dia ou à noite?	Saúde; T. Difícil	Auto-regulação
18 - 60	Tanto a criança como o adulto gostam de fazer refeições em conjunto?	-	Interacção
18 - 60	O seu filho/filha dorme pelo menos 10 horas num período de 24 horas?	-	Funcionamento adaptado
18 - 60	Quando aponta para algo, o seu filho/filha olha nessa direcção?	Atenção	Comunicação
18 - 24	O seu filho/filha costuma ter obstipação ou diarreia?	Saúde; T. Difícil	Funcionamento adaptado
18 - 60	O seu filho/filha dá-lhe a entender como se está a sentir através de gestos ou palavras? Por exemplo, dá-lhe a entender quando está com fome, magoado ou cansado?	Comunicação	Comunicação
18 - 24	O seu filho/filha cumpre instruções simples? Por exemplo, senta-se quando lhe é pedido?	Obediência	Comunicação
18 - 30	O seu filho/filha gosta de brincar e de estar próximo de amigos e familiares?	Emocionalidade positiva	Interacção
18 - 24	O seu filho/filha certifica-se de que está por perto quando está a explorar lugares novos, como um parque ou a casa de um amigo?	Regulação emocional	Autonomia
18	O seu filho/filha gosta de ouvir histórias ou cantar canções?	Atenção; Linguagem	Interacção
18 - 24	O seu filho/filha magoa-se a si próprio, propositadamente?	Inadequação	Funcionamento adaptado
18	O seu filho/filha gosta de estar com outras crianças?	Sociabilidade;	Interacção
		Emocionalidade positiva	
18 - 36	O seu filho/filha tenta magoar outras crianças, adultos ou animais (voluntariamente, dar pontapés, morder, etc.)?	Agressividade	Auto-regulação
18 - 30	O seu filho/filha parece ser demasiado amigável com estranhos (por exemplo, vai com qualquer pessoa)?	Inadequação	Interacção
18 - 60	O seu filho/filha cumprimenta ou diz olá a adultos familiares?	Sociabilidade	Interacção
18 - 24	O seu filho/filha dá-lhe a entender como se está a sentir através de gestos ou palavras? Por exemplo, dá-lhe a entender quando está com fome, magoado ou cansado?	Comunicação	Comunicação
18 - 60	O seu filho/filha agarra-se a si mais do que espera?	Regulação emocional	Autonomia

(Continua)

(Continuação do Quadro 32)

ASQ:SE	Itens	Especialista	Original
18 - 60	O seu filho/filha parece ser uma criança feliz?	Emocionalidade positiva	Afecto
18 - 24	O seu filho/filha parece ser mais activo do que outras crianças da sua idade?	Actividade	Auto-regulação
18 - 60	O seu filho/filha é capaz de se acalmar sozinho depois de um período de excitação?	Regulação emocional	Auto-regulação
18 - 60	O seu filho/filha é capaz de permanecer nas actividades de que gosta durante, pelo menos, 3 minutos (não inclui ver televisão)?	Atenção	Auto-regulação
24 - 60	O seu filho/filha faz aquilo que você lhe pede?	Obediência	Conformidade
24 - 30	O seu filho/filha dorme pelo menos 8 horas num período de 24 horas?	-	Funcionamento adaptado
24 - 30	O seu filho/filha obedece a pedidos relacionados com as rotinas? Por exemplo, vai para a mesa ou arruma os brinquedos quando solicitado?	Obediência	Conformidade
30 - 60	O seu filho/filha é capaz de mudar de uma actividade para outra sem dificuldade, como por exemplo do brincar para a refeição?	Regulação emocional	Auto-regulação
30 - 60	O seu filho/filha mantém-se afastado de coisas perigosas, como por exemplo fogo ou carros em movimento?	Inadequação	Funcionamento adaptado
30 - 60	O seu filho/filha destrói ou estraga coisas propositadamente?	Agressividade	Auto-regulação
30 - 60	O seu filho/filha brinca lado a lado com outras crianças?	Sociabilidade	Interacção
30	O seu filho/filha fala e/ou brinca com adultos que conhece bem?	Sociabilidade	Interacção
30	O seu filho/filha é capaz de permanecer nas actividades de que gosta durante, pelo menos, 5 minutos (não inclui ver televisão)?	Atenção	Auto-regulação
30 - 60	O seu filho/filha recorre a palavras para lhe comunicar o que quer ou precisa?	Linguagem	Comunicação
30 - 60	O seu filho/filha recorre a palavras para descrever os seus sentimentos e os sentimentos dos outros, como por exemplo "Estou contente", "Eu não gosto disto" ou "Ela está triste"?	Linguagem	Comunicação
30 - 36	O seu filho/filha é capaz de identificar pelo menos um amigo?	Sociabilidade	Interacção
30 - 60	As outras crianças gostam de brincar com o seu filho/filha?	Sociabilidade	Interacção
30 - 60	O seu filho/filha gosta de brincar com outras crianças?	Emocionalidade Positiva	Interacção
30 - 60	O seu filho/filha mostra conhecimento ou interesse pela sexualidade?	-	Funcionamento adaptado
30	O seu filho/filha mantém-se seco ao longo do dia (não faz xixi nas calças)?	Controlo esfíncteres	Funcionamento adaptado
36 - 60	O seu filho/filha é capaz de permanecer nas actividades de que gosta durante, pelo menos, 10 minutos (não inclui ver televisão)?	Atenção	Auto-regulação
36	O seu filho/filha explora novos lugares, tais como um parque ou a casa de um amigo?	Atenção	Autonomia
36 - 60	O seu filho/filha segue as regras (em casa, no infantário)?	Obediência	Conformidade
36 - 60	O seu filho/filha demonstra preocupação com os sentimentos de outras pessoas? Por exemplo, parece triste quando alguém está magoado?	Empatia	Afecto
36 - 48	O seu filho/filha vai à casa de banho sozinho (mesmo que tenha que o lembrar e ajudá-lo a limpar-se)?	Controlo esfíncteres	Funcionamento adaptado
36 - 60	O seu filho/filha é capaz de permanecer nas actividades que gosta durante, pelo menos, 15 minutos (não inclui ver televisão)?	Atenção	Auto-regulação
36 - 60	O seu filho/filha é capaz de dar a vez e de partilhar, quando está a brincar com outras crianças?	Sociabilidade	Interacção

Anexo H

Comparação entre os resultados das amostras
portuguesa, norte-americana e malaia

Quadro 34

Comparação de resultados dos ASQ:SE para as amostras portuguesa, malaia e norte-americana

ASQ:SE	Amostra	N	Amplitude	M	DP	Amplitude Interquartil	Ponto de corte
6M	Portuguesa	96	0 - 65	16,30	14,60	20	20
	Norte-americana	331	0 - 112	22,50	---	22,50	45
	Malaia	198	0 - 110	25,90	---	20	55
12M	Portuguesa	116	0 - 85	26,95	18,39	30	25
	Norte-americana	339	0 - 145	27,70	---	22	48
	Malaia	208	0 - 130	45,80	---	30	90
18M	Portuguesa	135	0 - 95	28,33	19,52	25	25
	Norte-americana	307	0 - 255	34,60	---	26,60	55
	Malaia	202	0 - 205	41,10	---	30	62,50
24M	Portuguesa	135	0 - 135	30,33	21,65	25	30
	Norte-americana	441	-	35,40	---	33,8	50
30M	Portuguesa	149	5 - 135	49,03	27,45	25,0	50
	Norte-americana	289	-	48,60	---	41,5	57
36M	Portuguesa	158	5 - 200	52,03	30,70	36,3	50
	Norte-americana	408	-	49,90	---	48,9	59
48M	Portuguesa	168	5 - 205	53,33	31,93	33,8	55
	Norte-americana	447	-	55,70	---	52,6	70
60M	Portuguesa	183	0 - 205	56,8	28,28	40	55
	Norte-americana	299	-	47,50	---	45,0	70